

# Nybakt mor og deprimert

*En studie av kvinners opplevelser i det å bli mor og  
gjennomgå fødselsdepresjon eller lignende  
psykiske reaksjoner*

Lill René Strand



Masteroppgave, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
Helsefag, Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2015



# Nybakt mor og deprimert

*En studie av kvinners opplevelser i det å bli mor og gjennomgå fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner*



Copyright Forfatter

År: 2015

Tittel: Nybakt mor og deprimert

Forfatter: Lill Reneé Strand

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## Sammendrag

**Formål:** Dette er en kvalitativ studie av hvordan kvinner opplever det å gjennomgå en fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner samtidig som de trer inn i morsrollen. Fokuset er på opplevelsen av det å bli mor, sett i lys av de psykiske vanskelighetene de har hatt. Formålet er å bidra til større innsikt i hvilke utfordringer disse kvinnene står i, og hva som kan lede til bedring, gjennom å løfte frem deres erfaringer.

**Teoretisk forankring:** Studien er i hovedsak forankret i et sosiokulturelt og psykologisk perspektiv. Feministiske perspektiver står også sentralt og aktuell teori fra filosofene Simone De Beauvoir og Julia Kristeva presenteres. Syn på moderskapet vektlegges.

**Metode:** For fremskaffelse av empiri ble det gjort semistrukturerte forskningsintervju med seks mødre som har gjennomgått fødselsdepresjon. Informantene er i hovedsak rekruttert via internettforespørsel i et jordmorforum. Intervjuene ble transkribert i sin helhet og fortolket gjennom narrativ tematisk analysestrategi.

**Funn:** Helhetsinntrykk fra innholdet i hvert enkelt narrativ viser at kvinnene føler seg svært alene i situasjonen. Overgangen til morsrollen er overveldende. De opplever forventninger om lykke og kjenner seg mislykket i det å ikke takle inngangen til moderskapet. Traumatiske fødselsopplevelser utmerker seg som dyptgripende. Det fremstår et ønske om å bli sett, samtidig som problemene ofte skjules i håp om at de går over. Ved forsøk på åpenhet har noen opplevd liten aksept for å snakke om sine vonde opplevelser. Følelsen av skam er sentral. Det å akseptere selv, og oppleve aksept utenfra for at de strever synes viktig for å oppnå bedring. Et ønske om, og behov for, større åpenhet rundt fødselsdepresjon og lignende psykiske reaksjoner i barseltid fremmes.

**Avsluttende betraktninger:** Mødrenes fortellinger uttrykker behov for hjelp til å sette ord på følelser og opplevelser. En fødselssamtale postpartum med fokus på den subjektive fødselsopplevelsen, samt innlemmelse av bekymring for barnets påvirkning i oppfølgingssamtaler, kan synes hensiktsmessig.

## **Abstract**

**Purpose:** This qualitative study examines the experiences of women undergoing postpartum depression or similar mental reactions while they are entering motherhood. Focus is placed on the experience of becoming a mother set against their psychological difficulties. The purpose is to highlight their experiences in order to gain a greater insight into the challenges these women face and the factors that may lead to their recovery.

**Literature framework:** This study is conducted mainly from a socio-cultural and psychological perspective. Feminist perspectives are also included, as is relevant theory of philosophers Simone De Beauvoir and Julia Kristeva. Views on motherhood are emphasized.

**Method:** To obtain empirical material, semi-structured research interviews were conducted with six mothers who have suffered from postpartum depression. Participants were mainly recruited via the Internet through a request on a forum done by midwives. The interviews were transcribed and evaluated by applying narrative thematic analysis.

**Findings:** The general finding from each individual narrative is that the women feel very much alone when experiencing their difficulties. The transition to motherhood is overwhelming. They expect to feel happy and believe that they have failed to successfully handle the entrance into motherhood. Traumatic birth experiences have a deep impact on some of the women. They appear to have a desire to be seen, while at the same time often hiding their difficulties in the hope that they will pass. Some of the women experienced low acceptance levels when attempting to share their difficult experiences. A feeling of shame is dominant. Their own acceptance of and the feeling of acceptance from others regarding their struggles seem to be important for recovery. There is a wish and need for greater openness about postpartum depression and similar psychological reactions during puerperium.

**Final thoughts:** The mothers' stories express a need for help putting their emotions and experiences into words. A postpartum birth conversation focusing on the subjective experience of giving birth, and incorporating concerns for the consequences on the child in follow-up calls, may be appropriate.

## Forord

Dette har vært en spennende reise inn i forskningsverdenen. Jeg har lært veldig mye, møtt mange kloke, interessante mennesker og fått utfordret meg selv gjennom kursene masterstudiet består av. For min del har reisen tatt lengre tid enn jeg hadde planlagt, nettopp fordi livet ikke alltid er så lett å planlegge. Som voksen student er det mange faktorer rundt som gjør at det kan være vanskelig å gjøre progresjon i det tempoet man ønsker. Samtidig har det vært godt å ha dette arbeidet å holde tak i, og særlig godt er det nå til slutt å se at det har blitt et ferdig fullført arbeid. Det blir rart å avslutte reisen.

Jeg ønsker å rette en stor takk til noen personer, som alle på sin måte har bidratt til at jeg har fått gjennomført prosjektet. Til sammen er de ganske mange! Første takk rettes til Odd Inge, mannen min, for tålmodighet, tilrettelegging og oppmuntring i prosessen. Det har betydd mye!

Så vil jeg takke min veileder, Hilde Bondevik, for all god hjelp til å holde riktig kurs i de valgene jeg har tatt underveis, for inspirerende ord og kommentarer, samt deling av nyttig kunnskap.

Jeg vil også rette stor takk til Lena Heyn som fikk meg på sporet av denne masterutdanningen en del år tilbake, og for nyttig gjennomlesning og kommentarer til oppgaven i avslutningsfasen.

Takk til fine medstudenter jeg har hatt kontakt med underveis. Det har vært inspirerende bekjenskaper. Takk til venner som har stilt som barnevakter og hjulpet med engelsk oversettelse av sammendraget. Takk til alle som har hjulpet i rekrutteringsprosessen, og særlig takk til Siri von Krogh for velvilje og tips i forbindelse med min forespørsel.

Sist, men ikke minst, hjertelig takk til de seks informantene som har delt av sine personlige erfaringer og bidratt til at akkurat denne studien ble gjennomført – tusen takk!





## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 STUDIENS HVA OG HVORFOR .....	1
1.2 PSYKISKE REAKSJONER ETTER FØDSEL .....	2
1.2.1 Fødselsdepresjonen, fakta og avklaringer .....	2
1.2.2 Barnets påvirkning av mors depresjon .....	4
1.3 IVARETAKELSE AV BARSELKVINNEN .....	4
1.4 BEGREPSAVKLARING .....	6
1.4.1 Moderskapet.....	6
1.4.2 Fødselsdepresjon .....	7
1.4.3 Lignende psykiske reaksjoner.....	8
1.5 BAKGRUNN OG FORFORSTÅELSE .....	8
1.6 FORSKNING PÅ FELTET OG STUDIENS AKTUALITET .....	10
<b>2.0 METODE OG ANALYSESTRATEGI .....</b>	<b>13</b>
2.1 KVALITATIVT FORSKNINGSINTERVJU .....	13
2.2 REKRUTTERINGEN .....	14
2.3 UTVALGET.....	16
2.4 PRAKTISK GJENNOMFØRING .....	16
2.5 TRANSKRIBERINGEN.....	17
2.6 INFORMANTENE.....	18
2.6.1 Bekjente: fordeler og ulemper.....	19
2.6.2 Telefon: fordeler og ulemper.....	20
2.7 ANALYSESTRATEGI OG STRUKTURERING AV MATERIALET .....	21
2.7.1 Intervju som materiale for narrativ fortolkning.....	22
2.7.2 Narrativ tematisk analyse.....	22
2.7.3 Narrativ analyse i et sosiokulturelt perspektiv.....	24
2.7.4 Strukturering av analysene ved typologi.....	25
2.7.4.1 Arthur Frank og Mike Bury sine typologier .....	26
2.7.4.2 Hvordan og hvorfor typologi.....	27
2.8 KRITISK VURDERING AV METODEVALG .....	27
2.9 VITENSKAPELIGHET I FORSKNINGSPROSESSEN .....	28
2.9.1 Relevans .....	28
2.9.2 Validitet.....	29
2.9.3 Reliabilitet.....	30
2.9.4 Refleksivitet.....	30

<b>3.0 ETISKE OVERVEIELSER .....</b>	<b>32</b>
3.1 INFORMERT SAMTYKKE OG KONFIDENSIALITET.....	33
3.2 KONSEKVENSER.....	34
3.3 FORSKERENS ROLLE OG INTERVJUSITUASJONEN .....	35
<b>4.0 TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>37</b>
4.1 PSYKOLOGISK ASPEKTER VED DET Å BLI MOR.....	37
4.2 SOSIOKULTURELT PERSPEKTIV PÅ MODERSKAPET .....	39
4.2.1 Den gode mor og dagens foreldreroller .....	40
4.2.2 Amming .....	41
4.2.3 Konsekvenser av øket alder for førstegangsfødende.....	42
4.3 SOSIOKULTURELT PERSPEKTIV PÅ PSYKISK LIDELSE.....	43
4.3.1 Den medisinske forståelsen – utfordringer og innvendinger.....	43
4.3.2 Skam og stigma.....	44
4.4 FEMINISTISKE PERSPEKTIVER .....	46
<b>5.0 ANALYSE.....</b>	<b>49</b>
5.1 EVA .....	49
5.1.1 Skam og tabuer.....	51
5.1.2 Klassifisering.....	53
5.2 PERNILLE.....	54
5.2.1 Mor i voksen alder .....	55
5.2.2 Individualisering og selvrealisering kombinert med moderskap .....	56
5.2.3 Klassifisering.....	57
5.3 BERIT.....	58
5.3.1 Moderne skam .....	60
5.3.2 Akseptere egne begrensninger og behovet for hvile.....	60
5.3.3 Klassifisering.....	61
5.4 ANNA .....	62
5.4.1 Morsfølelse og tilknytning.....	63
5.4.2 Klassifisering.....	65
5.5 KARI .....	66
5.5.1 Amming og tilknytning.....	68
5.5.2 Pasient på godt og vondt.....	69
5.5.3 Klassifisering.....	70
5.6 KRISTIN .....	70
5.6.1 Mors ivaretagelse av seg selv.....	72
5.6.2 Klassifisering.....	74

5.7 OPPSUMMERING AV FUNN .....	74
5.8 KLASSIFISERINGENS BIDRAG .....	76
<b>6.0 LIVSHENDELSENE; MODERSKAPET OG FØDSELSDEPRESJON- EN DISKUSJON .....</b>	<b>78</b>
6.1 MODERSKAPET .....	78
6.1.1 <i>Den gode mor i det moderne</i> .....	78
6.1.2 <i>Moderskapets betydning i en kvinnes liv</i> .....	82
6.1.3 <i>Fødselen – en identitetsendring</i> .....	84
6.2 FØDSELSDEPRESJONEN .....	85
6.2.1 <i>Uttrykk og vendepunkt</i> .....	85
6.2.1 <i>Åpenhet rundt psykiske reaksjoner i barseltid</i> .....	87
6.2.2 <i>Hva med barnet?</i> .....	88
6.2.3 <i>Fødselsdeprimert, men like god som mødre flest?</i> .....	90
<b>7.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>91</b>
7.1 AVSLUTTENDE REFLEKSJON MED ENDRINGSFORSLAG .....	91
7.2 KONKLUDERENDE OPPSUMMERING .....	95
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>97</b>
<b>VEDLEGG 1.....</b>	<b>102</b>
<b>VEDLEGG 2.....</b>	<b>105</b>
<b>VEDLEGG 3.....</b>	<b>108</b>
<b>VEDLEGG 4.....</b>	<b>109</b>
<b>VEDLEGG 5.....</b>	<b>110</b>



## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Studiens hva og hvorfor**

Denne oppgaven baseres på et empirisk materiale dannet av fortellingene til kvinner som er mødre og har gjennomgått fødselsdepresjon. Oppgaven omhandler i hovedtrekk to sentrale områder. Det ene området angår det å bli mor i dag, sett i lys av den aktuelle sosiale og kulturelle kontekst mødrene befinner seg i. Det andre angår opplevelsene av å gjennomgå en depresjon eller psykiske vansker samtidig med inntredenen i moderskapet. Disse to temaområdene omtales ikke separat, men i sammenheng med hverandre. Opplevelsen av å bli mor sees i stor grad på i lys av det å gjennomgå psykiske vanskeligheter. Samtidig er det et ønske fra min side å få frem at det å tre inn i morsrollen for de fleste fører med seg en viss grad av følelsesmessig sårbarhet og kaos, enten det er som en normalreaksjon på livsendringen, eller som her, som del av en alvorligere psykisk reaksjon.

Det å sette barn til verden og bli mamma er en stor livshendelse, likevel ofte så selvfølgelig. Det er noe de aller fleste unge jenter ser for seg i fremtiden. Øvingen på denne sentrale rollen starter for mange allerede i småbarnsalder, med ivaretagelse av basisbehovene til imaginære babyer ved hjelp av små dukker. Det å få barn er noe fremtidsrettet, forbundet med fremtidshåp. Barnets ankomst forbindes oftest med følelser av lykke og fullkommenhet. Forventningene om en lykkelig tilværelse skinner godt gjennom i den velkjente omtalen av en gravid kvinne; ”i lykkelige omstendigheter”. Hva når forventningene om lykke ikke innfris, og det i stedet er følelser som tristhet, tomhet og engstelse som dominerer barseltiden? Hvordan håndterer kvinnene det, og hvordan ser de på seg selv som mødre? Medfører det skyldfølelse, og en opplevelse av å være annerledes og mislykket som mor?

En mor må yte omsorg, gi av seg selv og ofre noen egne behov. En depresjon krever oftest terapi, egenomsorg og bearbeidelse av egne vonde tanker og følelser. Motstridende behov på samme tid kan følgelig by på stress, frustrasjon og forsterking av negative følelser.

Opplevelsen av mestring i situasjonen kan bli lav eller fraværende. Hvilke konsekvenser kan det tenkes å få for morsopplevelsen, og for opplevelsen av kontakt og samspill med barnet?

I forlengelsen av tematikken rundt det å bli mor i dag vil oppgaven også berøre morsrollens kompleksitet gjennom innblikk i pågående moderskapsdiskurser. Den vil også gå inn på noen av de psykologiske endringsaspektene knyttet til inntredenen i moderskapet. Med interessen

for påvirkningen kontekstuelle forhold har for kvinnes opplevelse ved å bli mødre, har oppgaven fokus på sosiokulturelle aspekter i tillegg til de psykologiske. Det er en casestudie av seks norske kvinners opplevelse av det å bli mor og gjennomgå en fødselsdepresjon.

De nevnte undringene og antagelsene samlet har ledet meg til denne problemstillingen:

*Hvordan oppleves det å bli mor i dag, og samtidig gjennomgå en fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner?*

Det er altså denne problemstillingen som danner utgangspunktet for tilblivelsen av oppgavens empiriske materiale, en prosess som vil beskrives nærmere i metodekapittelet. Gjennom fortolkning av dette materialet forsøker jeg å få frem noen svar på problemstillingen. Det vises i oppgavens analyse- og drøftingsdeler.

## **1.2 Psykiske reaksjoner etter fødsel**

Til tross for at det å få barn er noe av det største og mest gledelige man som voksen kan oppleve, er det hvert år noen kvinner som får psykiske reaksjoner og følelsesmessige vansker etter fødsel. Det er ulike typer og grader av disse reaksjonene. Tradisjonelt sett har man delt psykiske tilstander eller reaksjoner etter fødsel inn i tre hovedgrupper; barseltårer, fødselsdepresjon og fødselspsykose (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Barseltårer er nokså vanlig, og relateres til de hormonelle endringene som finner sted ved en fødsel og ved oppstart av melkeproduksjon. Mellom 50 og 80% av de fødende opplever dette 3-4 dager etter fødselen (Slinning, Holme & Valla, 2012). Tilstanden innebærer at moren tar lettere til tårene, og føler tomhet og tristhet. Denne tilstanden er forbigående og varer kun noen få dager (Slinning, et al, 2012). Dersom tristheten og irritabiliteten vedvarer kan det dreie seg om en fødselsdepresjon. Fødselspsykosene er sjeldnere, og regnes å ramme kun 1-2 av 1000 fødende kvinner. Risikoen for psykose er likevel 20-25 ganger større i barselperioden enn ellers i livet (Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

### **1.2.1 Fødselsdepresjonen, fakta og avklaringer**

I denne omtalen av fødselsdepresjon tar jeg utgangspunkt i den medisinske forståelsen av begrepet fordi det er den rådende og mest tilgjengelige forståelsen av tilstanden. Det er dermed også den forståelsen oppfølging og behandling av fødselsdepresjon og lignende postpartumtilstander bygger på i vår Vest-Europeiske kultur. I oppgavens teoridel vil jeg vise en nyansering av denne forståelsen gjennom en psykologisk innfallsvinkel.

Ved fødselsdepresjonene spiller flere faktorer inn, og hormonelle faktorer regnes ikke lenger av betydning. En fødselsdepresjon har oftest de samme symptomene som annen depresjon, men preges av omstendighetene ved debut (Slinning et al, 2012; Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Symptomene kommer ofte til uttrykk i relasjonen til babyen på bakgrunn av lavere sensitivitet overfor dens behov og signaler. For eksempel ved lite mimikk og smil og et mer mekanisk preg i daglige omsorgssituasjoner. En deprimert forelder handler først og fremst ut i fra egne tanker og idéer. Tanker om å skade, eller drepe barnet, eller seg selv kan også forekomme (Slinning et al, 2012; Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Fødselsdepresjoner kan variere i alvorlighetsgrad. Det anslås at 10-15% av mødre på internasjonal basis opplever vedvarende nedstemthet og depresjonsfølelse. I de siste årene er det anslått at 6000-9000 kvinner i Norge hvert år rammes av en slik tilstand, av 62 000 fødende, dvs 10-16% (Larhus et.al, 2013; Eberhard-Gran et.al., 2014). For at tilstanden skal kunne kalles en fødselsdepresjon i medisinsk forstand, må den oppfylle kriteriene for klinisk depresjon i *International classification of diseases (ICD-10)*<sup>1</sup>. Tallene for de som faktisk oppfyller disse er lavere; 5-8% (Slinning et al, 2012).

Risikoen for å rammes av en depresjon regnes som særlig forhøyet for førstegangsfødende de fem første månedene etter fødselen, men for at depresjonen skal kunne diagnostiseres som en postpartum tilstand må den ha inntruffet innen seks uker etter fødselen (Slinning, et al, 2012; Brudal, 2007). Det er altså ulike alvorlighetsgrader og nivåer av tilstanden som kan betegne en fødselsdepresjon. Gjennom oppgaven vil det senere vises at begrepet fødselsdepresjon brukes av både fagfolk og mødre selv i en del tilfeller hvor kriteriene for klinisk depresjon ikke er oppfylt.

Selv om fødselsdepresjoner har de samme symptomene som annen depresjon, kan det tenkes at opplevelsen av depresjonen er noe annerledes. En nyere doktorgradsavhandling av Idun Rødseth (2013) ser blant annet etter slike mulige ulikheter. Funn derfra tyder på at opplevelsen til mødre som gjennomgår fødselsdepresjon er av mer eksistensiell art enn til de kvinner som opplever annen depresjon. Mødrene med fødselsdepresjon opplever endringer hvor de plutselig befinner seg i en farlig og truende verden og kan føle seg fremmedgjort, både fra babyen og andre. Verden kan oppleves uvirkelig. Depresjon i andre faser av livet mener Rødseth er mer preget av økt sensitivitet overfor andres negative følelser, og opplevelsen av å være fanget i meningstap og tomhetsfølelse. Dette sees som en mer rasjonell type depresjon (Rødseth, 2013).

---

<sup>1</sup> Verdens helseorganisasjons (WHOs) diagnostiske system som benyttes i Europa.

Hittil har jeg omtalt fødselsdepresjoner som at det kun er noe som rammer kvinner. Det er ikke tilfelle, selv om det er kvinners fødselsdepresjoner og fødselsreaksjoner som er mest kjent. Menn opplever også slike depresjoner, eller kan få psykiske vanskeligheter i forbindelse med at de blir fedre. Juhl (2007) har gjort undersøkelse av danske nybakte fedres helse, og hennes funn tyder på at omtrent 7 % av fedre der hvert år opplever fødselsdepresjon. Det har vært forsket mindre på menns fødselsdepresjoner, noe som har sammenheng med at de har andre symptomer som er fremtredene enn kvinners (Madsen & Juhl, 2007), på samme måte som psykiske lidelser generelt kan affisere menn og kvinner på ulikt vis (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). En annen årsak til lav interesse for forskning på menns psykiske plager i forbindelse med en fødsel, er at mødre som oftest har hatt hovedansvaret for, og er tettest med, sped- og småbarna (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Kulturelt sett forbindes nok også kvinner som nærmere barn og omsorgsoppgaver enn menn. Dette, samt tilgang på tilgjengelig forskning, utgjør hovedårsaken til at mitt fokus i denne studien er på mødre og deres reaksjoner i forbindelse med fødsel.

### **1.2.2 Barnets påvirkning av mors depresjon**

Ved depresjon hos mor i et barns tidligste leveår kan mimikkfattighet og lav sensitivitet for barnets signaler være til hinder for kontakten dem i mellom, og barnet får ikke den responsen det søker, det kjenner seg ikke forstått. Tilværelsen til et barn av en deprimert mor kan slik være mer utrygg enn tilværelsen for et barn av en ikke-deprimert mor (Murray & Cooper 1997, Eberhard-Gran & Slinning, 2007). I de senere år har det vært forsket en del på eventuelle følger for barna av mors depresjon, og det er gjennom flere studier nå vel dokumentert at disse barna er utsatt for skjevutvikling sosioemosjonelt og kognitivt (Azak, 2010; Murray & Cooper, 1997; Cox, Holden & Henshaw, 2014)

### **1.3 Ivaretagelse av barselkvinnen**

Barseltiden er nokså universelt sett på som de 6 første ukene etter fødsel. Perioden sees i de fleste kulturer som en unntakstilstand for mor og barn og det er ulike ritualer og tradisjoner knyttet til perioden. Betrakningen av denne perioden som spesiell og i behov av spesielle hensyn er nokså universell finner man også langt tilbake i tid. Den gjenkjennes allerede i Det gamle testamentet, ved at kvinner ble sett som urene i 40 dager etter fødselen, riktignok dersom de fødte en gutt. Hvis det var en jentefødsel var de sett som urene i hele 80 dager (Eberhard-Gran, Garthus-Niegel, Garthus-Niegel & Eskild, 2010). Både moren og spedbarnet



sees ofte som spesielt sårbar denne perioden, og det følges i en del kulturer egne regler og ritualer av hensyn til blant annet dette. I flere deler av den muslimske verden sees kvinnen som uren, og hun får dermed ikke lage mat eller stelle på kjøkkenet av hygiene-hensyn. Dette gjør andre kvinner i familien, eller nær krets, for henne (Eberhard-Gran et al, 2010). I Kina praktiseres konseptet ”doing the month” for mødrene. Da holder de seg innendørs, får varme, styrkende drikker og et bestemt kosthold for å hjelpe kvinnen til å komme i balanse igjen. Hun skal hvile, og får hjelp av familie i omsorgen av barnet (Eberhard-Gran et al, 2010; Callister, Beckstrand & Corbett, 2010). Formålet med isoleringen er av hensyn til barnet med tanke på å legge til rette for amming og godt stell for, men også av hensyn til at moren har behov for å hente seg inn. Callister et al.(2010) skiller mellom ”technocentric cultures” og ethnokinship cultures”. Med ”technocentric” refereres til kulturer som har primærfokus på det teknisk-praktiske ved tilretteleggingen for spedbarnet og moren, og disse kulturene inkluderer blant andre USA og Vest-Europa. Her er det ingen ritual-lignende praksis som sikrer kvinnen hvile og assistanse med huslige oppgaver, i motsetning til hos de kulturene som ”ethnokinship” refererer til, hvor det prioriteres sosial støtte og hjelp fra familie i barseltiden. Eksemplene nevnt ovenfor er fra slike ”ethnokinship cultures”.

I vår Vest-Europeiske kultur, er det ved barselavdelingene og helsestasjonene primært fokus på barnets vekst og velvære, samt at moren kroppslig sett har behov for å ta det rolig. Det er mange anbefalinger, som for eksempel om ikke å trene disse seks ukene. Det kan imidlertid ikke sies å være tilknyttet en spesiell praksis for å sikre ivaretagelse av mor og barn denne tiden. Det er ingen krav til at familie og nære venner skal stille opp og hjelpe til i hjemmet så kvinnen får hvile. Det er de ulike ressurser og praksiser i hver enkelt familie som avgjør hvor mye støtte kvinnen får. Selve fødselen skjer som regel i sykehus, og helsevesenet har således ansvaret for at mor og barn kommer gjennom den. Men når fødselen er over, reiser i dag den nyforløste moren hjem så snart som mulig slik at fødestuene og barselsengene er ledig til neste fødeklare kvinne. Eberhard-Gran et al (2010) fremmer i sin artikkel hvilken stor endring og nedtrapping av barselomsorgen som har skjedd her til lands siden 1950-tallet. På den tiden var det vanlig med 14 dagers liggetid på sykehuset etter fødsel. Den generelle tendensen disse tiårene er økt fokus på barnets beste, og mødrenes behov kan sies å ha kommet i bakhånd. Dette er mye styrt av økonomiske hensyn. De stadig kortere sykehusoppholdene har ikke blitt møtt med oppfølgingstilbud i hjemmet (Eberhard-Gran et al, 2010).

Hvis man ser lengre tilbake til bondesamfunnets tid, gjorde overtro at kvinnen måtte holde huset og helst sengen de 40 dagene, og hun måtte ikke være alene om natten. Dette fordi hun

og barnet var mer sårbare og dermed utsatt for onde krefter i denne perioden (Eberhard-Gran et al, 2010). Det var heller ikke uvanlig at det var mannen i huset som måtte ta hånd om sin fødende kone, og at huset fyltes av nabokone-besøk og familie som hadde med seg barselgrøt og gjerne en styrkende drikk til den nybakte moren. Ser man utelukkende på kvinnens mulighet til å hente seg inn, motta hjelp og få hvile, anses forholdene bedre tilrettelagt for dette da enn nå. Her i Norge er det i dag gode statlige permisjonsordninger, og god medisinsk ivaretagelse rundt barnets ankomst og helse. Ivaretagelsen av en ny mamma kommer i stor grad an på tilgjengelig støtte og hjelp fra hennes nære omgivelser. Det er imidlertid, som oppgaven senere vil vise, en økt interesse for mødres, og fedres, psykiske helse de siste årene, med spesielt økt fokus på risikofaktorer og på å fange opp de som strever etter å ha fått barn.

## **1.4 Begrepsavklaring**

### **1.4.1 Moderskapet**

Denne tekstens hovedpersoner er mødre. Jeg har valgt å fokusere på kvinner og deres opplevelser av å bli mor og deres erfaringer med å gjennomgå en fødselsdepresjon. Med det kan det antydes en tenkt forskjell i hvordan kvinner og menn opplever det å bli foreldre, relatert til kjønnsbestede kulturelle normer i samfunnet. Dette kunne det vært interessant å undersøke nærmere, men vil være utenfor rammene for denne oppgaven.

Moderskapet har vært viet stor interesse i litteraturen her til lands, og betydningen av tilknytningen mellom moren og hennes spedbarn har hatt økende fokus de siste tiårene (Hamm, 2013; Slinning og Eberhard-Gran, 2010). Begrepet moderskap favner mye, både moderlige egenskaper, oppgaver tiltenkt morsrollen, samt holdninger og krav knyttet til det å være mor til barn i ulike aldre. Betydningen er farget av den aktuelle kultur, og det hevdes også å være ulikheter i samfunnsklasser for hva som betegner en god mor. I forståelsen av moderskapsbegrepet kan det være hensiktsmessig å skille mellom en beskrivelse på et deskriptivt nivå og et normativt nivå (Holm, 2008). Hva en mor er og gjør er en side ved begrepet, og hva hun bør være og bør gjøre, en annen. Holm (2008) kaller begrepet ”väsentlig omtvistad”. I det ligger det blant annet at det er et begrep som knytter til seg verdispørsmål og at det er vage grenser opp mot andre begrep (Holm, 2008). Jeg anser det som bakgrunnen for alle diskursene som har pågått, og pågår, rundt begrepet. Det er et åpent begrep som favner bredt ut i fra hvem som bruker det og til hvilket formål. I denne oppgaven er det moderskapsdiskursen omhandlende den gode mor som er av interesse. Hva kjennetegner en

god mor i vår kultur, og hvordan påvirker dette idealet forventningene til de nybakte mødrene, og de faktiske opplevelsene deres av det å ha blitt mor? Jeg forholder meg da til moderskapet i lys av moderne tid, da det også vil være en tidsdimensjon knyttet til synet på moderskapet. Likevel har som tidligere nevnt synet på hva som betegner en god mor ikke endret seg i særlig grad gjennom siste århundret. Men moderskapet har før som nå innbydd til diskusjon. Alle mener noe om mødre i form av påstander om hva en god mor er, og hva en dårlig mor er, hvor lenge hun bør amme sitt barn, hvor mange barn hun bør få og i hvilken alder (Hamm, 2013). Man kan kanskje si at det er en forventet del av det å gå inn i moderskapet å tilstrebe å oppfylle de normative kriteriene i hva en god mor bør være og hva hun bør gjøre.

### **1.4.2 Fødselsdepresjon**

Det er viktig for videre lesing av oppgaven at det skilles mellom svangerskapsdepresjon og fødselsdepresjon. Jeg har ønsket å forholde meg til depresjon som oppstår etter, eller i forbindelse med, fødsel. Svangerskapsdepresjon oppstår som av navnet, under svangerskapet. Det internasjonale og faglige uttrykket for fødselsdepresjon er postpartum depresjon. Postpartum betyr etter fødsel. I dag omtales tilstanden i faglige kretser i Norge ofte som barseldepresjon (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Jeg har valgt å bruke begrepet fødselsdepresjon, og gjør det gjennomgående i oppgaven. Dette fordi det fremstår som den vanligste omtalen av tilstanden i befolkningen. Det er også det begrepet som ble benyttet av helsesøstre jeg snakket med under rekrutteringsprosessen.

Underveis i arbeidet med dette studiet har jeg oppfattet at fødselsdepresjon er et begrep som brukes løst og fast. Med det menes eksempelvis et inntrykk av at begrepet ofte brukes om egen tilstand, uten at det nødvendigvis er en journalført diagnose. Helsestasjonene og andre fagutdannede innen feltet viser stor forsiktighet med bruken av begrepet, angivelig for å skåne den aktuelle personen og ikke skape mer uro. De ønsker heller å snakke om tilpasningsvansker, eller en psykisk eller følelsesmessig reaksjon etter fødsel. Mitt inntrykk etter flere samtaler med helsesøstre under rekrutteringsprosessen er at fødselsdepresjon forelå som en faktisk diagnose kun i de tilfeller hvor vedkommende trengte sykehusinnleggelse eller behandlingsoppfølging i spesialisthelsetjenesten. På den ene siden oppfatter jeg det som positivt ved at normale psykiske reaksjoner ikke sykeliggjøres ved rask diagnosesetting. På den andre siden stiller jeg meg skeptisk til den veldige forsiktigheten med bruken av begrepet fødselsdepresjon som psykisk lidelse fordi jeg anser det som mulig å bidra til forsterking av stigmatisering rundt problematikken. Dette vil jeg komme mer inn på i teorikapittelet, under

sosiokulturelle aspekter ved psykisk lidelse, og ta med videre til diskusjonsdelen av mine funn.

### **1.4.3 Lignende psykiske reaksjoner**

Andre psykiske reaksjonene kvinner tradisjonelt sett er utsatt for i forbindelse med fødsel og barseltid inkluderer barseltårer og fødselspsykoser. Disse er forklart innledningsvis i oppgaven. Når jeg bruker begrepet ”andre”, eller ”lignende psykiske reaksjoner”, er det et valg basert på den oppfattede vagheten rundt begrepet fødselsdepresjon ved at det både brukes uten at det foreligger en klinisk diagnose, og at det vises forsiktighet med bruken av ordet blant fagpersoner. Det legges i dag større vekt på å fange opp symptomer på depresjon tidlig, og det kalles da for eksempel tilpasningsvansker. Jeg ønsket å inkludere også de med depressive symptomer som hadde fått en oppfølging, selv om de i medisinsk forstand ikke hadde fått diagnosen fødselsdepresjon. Det å oppleve negative, vanskelige og ambivalente følelser over en lengre periode etter fødsel ligger i denne oppgaven under ”andre”, eller ”lignende psykiske reaksjoner”.

## **1.5 Bakgrunn og forforståelse**

Da jeg startet på dette studiet og så for meg en fremtidig ferdigstilt masteroppgave, visste jeg at tematikken ville ligge innenfor fagområdet psykisk helse. Det har vært mitt mest sentrale interessefelt siden jeg hadde psykiatripraksis på sykepleiestudiet. Og selv om jeg som ferdigutdannet sykepleier startet å jobbe på sengeposter ved somatisk sykehus, var det aldri tvil om hvor min interesse var, og det ble etter hvert en naturlig vei videre å ta videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Jeg har nå jobbet innenfor dette området i flere år. Jeg har hatt en særlig interesse for barns og unge menneskers psykiske helse, spesielt forebygging på dette feltet. Jeg har ikke hittil arbeidet direkte med barn, eller med foreldre spesielt. Min kliniske praksis innenfor psykiatrifeltet har vært rettet mot unge voksne med begynnende lidelser innenfor schizofrenispekteret. Psykisk helse er et omfattende interessefelt og et stort forskningsfelt. Begrepet favner bredt. Ønsket om å skrive oppgaven knyttet til psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og det å få barn kom klart frem for meg da jeg under studietiden selv ble mor. Utgangspunktet var da en undring på hvordan det kunne påvirke barnets utvikling dersom mor, som oftest er den som har nærmest kontakt med barnet de første månedene, var psykisk dårlig og selv trengte oppmerksomhet og omsorg. Hvordan kunne det påvirke barnet som er i økende grad oppmerksom på omsorgspersonenes mimikk,

respons og samspill og avhengig av dette for selv å utvikle seg som sosialt vesen? Akkurat denne interessen kom nok mye ut i fra egne opplevelser i samspill med mitt barn, og bestemmelsen for dette som masteroppgavetema kom i forbindelse med besøkene på helsestasjonen vi var tilknyttet og deres fokus også på meg som mor. Helsestasjonen vi på det tidspunktet var tilknyttet gjennomførte screening av nye mødre i forhold til å avdekke symptomer på fødselsdepresjon. Dette var på tidspunktet helt nytt for meg. Jeg lot meg fascinere av det, og tok meg selv i å bli overasket over at det var et fokus direkte på mødrene også. Nå i ettertid tenker jeg at det burde være en selvfølge at det også er det.

Da jeg så ble klar over det faktum at det er så mange som 10-16% som hvert år rammes av depresjonslignende tilstander relatert til fødsel her til lands, ble interessen min for tematikken enda større. Jeg ble først svært interessert i påvirkningen det kunne ha på barnet. Mine muligheter for å gjøre studier på barn begrenset seg i denne sammenhengen til søk i litteratur. Gjennom det fikk jeg bekreftet min antagelse om en faktisk risiko for påvirkning av negativ art.

En annen fremgangsmåte var å gå via mødrene, og vinkle det fra deres side. Hvordan opplever de selv samspillet med barnet sitt, og hvordan har de opplevd å stå i en slik situasjon? Gjennom det som nytt utgangspunkt endret interessen min seg til å angå mødrenes opplevelse i større grad. Jeg antok at det måtte være svært vanskelig å streve selv når man har et lite menneske som egentlig krever ens fulle oppmerksomhet. Det måtte kanskje medføre en skyldfølelse, tapsopplevelse, ensomhetsfølelse? Jeg oppfatter det som tankevekkende at vi i et så rikt og ressurssterkt land også strever så mye i forbindelse med noe så, fra naturens side, selvfølgelig som et barns ankomst til verden. Hvilken hjelp mottar faktisk kvinnene? Hvordan får de hjelp, og hvordan opplever de støtten de får? Hvilken støtte har de fra sitt nettverk? Den sosiale og kulturelle konteksten kvinner som opplever slik depresjon i Norge i dag ble slik også av særlig interesse. Jeg gjorde litteratursøk og leste meg opp en del rundt tematikken. Neste steg var å snakke med noen som jobbet med mødre med fødselsdepresjon eller lignende vansker. Jeg var nok igjennom hele denne prosessen før jeg bestemte meg for det metodiske; jeg ville snakke med mødre som selv hadde gjennomgått denne problematikken, og gjøre deres fortellinger til mitt oppgavemateriale.

## 1.6 Forskning på feltet og studiens aktualitet

Som det vises gjennom denne oppgaven er det gjort en del forskning rundt både fødselsdepresjon og moderskapet. Særlig har det vært et økt fokus på depresjon i forbindelse med fødsel og barseltid de senere år. Forskningen rundt fødselsdepresjon har imidlertid i størst grad dreid seg om å finne årsaksfaktorer, risikofaktorer og forebyggende faktorer, eller det er sett på sammenhenger mellom variabler som for eksempel amming og risiko for fødselsdepresjon. Økt fokus på, og interesse for, å fange opp mødre som strever på et tidlig stadium har ledet til utviklingen av EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ved den skotske professoren John Cox (Cox, Holden & Henshaw, 2014). EPDS benyttes nå som kartlegging av eventuell fødselsdepresjon ved flere kommuner her i landet. Det har vist seg som et nyttig redskap for å fange opp de som strever, men hvorvidt de faktisk blir sett og får hjelp avhenger også av relasjonen til helsesøster som foretar kartleggingssamtale, og eventuelt videre støttesamtaler. I Norge er det imidlertid foreløpig ikke utført evalueringsstudier som ser på kost – nytte vurdering av EPDS. Kunnskapsoppsummeringen i Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud (2014) sin artikkel viser at det er behov for økt kunnskap om effekten av screeningen. Valideringsstudier har imidlertid slått ut positivt ved at EPDS har høy sensitivitet og god spesifisitet for riktig å fange opp de som faktisk strever (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei & Opjordsmoen (2001)

Det er også gjort noen kvalitative studier hvor blant annet intervjuer av kvinner med slik depresjon utgjør empirien. De siste årene er det også gjort noen få slike studier i Norge, ellers er det for det meste på internasjonal basis vi finner denne type studier. Av norske studier vil jeg trekke frem Haga, Lynne, Slinning og Kraft (2012) sitt prosjekt. Det er et kvalitativt intervjustudie hvor de har sett spesielt på førstegangsmødre og sett etter spesielle karaktertrekk for dem som har utviklet fødselsdepresjon, i tillegg til hva som bidro til bedring. Behovet for, og forventningen om, kontroll har de funnet av mulig betydning for utvikling av fødselsdepresjon. Jeg vil også trekke frem to nyere publiserte doktorgradsavhandlinger som er relevante inn mot mitt fokus på fødselsdepresjon og dagens nye mødre. Det ene er Idun Rødseth (2013) sin avhandling hvor hun peker på en forskjell i opplevelsen av en fødselsdepresjon og opplevelsen ved depresjon i andre livsfaser. Den andre er Vigdis Aasheim (2013) sin studie som setter fokus på det å bli mor sent i livet, med vekt på psykologiske utfall og betydning for opplevd livskvalitet. De er begge studier jeg trekker inn og viser til i deler av oppgaven.

Noen Vest-Europeiske studier ser etter hva som hjelper kvinnene ut av fødselsdepresjonen, og hva som har forebyggende virkning. Hvorvidt og i hvilken grad kvinnene har sosial støtte ser ut til å ha stor betydning. Studiet til Evans, Donelle & Hume-Loveland (2012) viser kvinners positive erfaringer av nettbasert støttegruppe, ved fødselsdepresjon. Særlig den emosjonelle støtten dette ga ble trukket frem som betydningsfull. Xie, He, Koszycki, Walker & Wen (2009) sin studie viser eksempelvis betydningen av sosial støtte i barseltiden for minimering, eventuelt fravær, av depresjon.

Diskursene om moderskapet er pågående slik de også tidligere har vært, men nye faktorer har kommet inn med den moderne familiens levemåte og økt likestilling i familielivet. Å bli mor i dag innebærer ikke helt det samme som for to generasjoner tilbake. Synet på hva som betegner en god mor er stort sett uendret, men det er øket usikkerhet knyttet til morsrollen og hva moderskapet bør inneholde. Blant andre Vindegg (2010), Aarseth (2010), Ellingsæter (2005) og Hamm (2013) står for teorier og forskning rundt dette som jeg trekker med inn i oppgavens teori- og drøftingsdel.

Knyttet til det rent erfaringsmessige, ved hvordan mødre som gjennomgår fødselsdepresjon opplever situasjonen sin, har jeg ikke funnet norske eller nordiske studier som spesifikt ser på det. På internasjonal basis har jeg funnet et fåtall studier som ved kombinasjon av litteraturgjennomgang og intervju har sett på eksistensielle forhold ved opplevelsen av fødselsdepresjon, samt opplevelser relatert til det å søke og motta hjelp for tilstanden. Eksempelvis fant jeg studiet til Hanson-Lynn (2005) *Help-seeking with postpartum depression: A retrospective analysis of womens experiences of ppd and their help-seeking process*. Et relevant studie å nevne i kvalitativ sammenheng, er det fenomenologiske studiet til Beck (1992) *The Lived Experience of Postpartum Depression: A Phenomenological Study*. Studiet søker spesifikt opplevelsene ved det å være fødselsdeprimert, og ble utviklet ut i fra en oppfattelse av at de kvantitative studier som til da var jobbet frem og utført<sup>2</sup> ikke fikk tilstrekkelig frem kvinnenenes faktiske opplevelser. Studiet er over to tiår gammelt, men jeg anser det relevant fordi det kan se ut til å ha bidratt til å fremme betydningen av kvalitativ forskning rundt fødselsdepresjon. Studiet avdekket til da ukjente symptomer og erfaringer ved tilstanden.

---

<sup>2</sup> The Beck Depression Inventory (BDI) er en generalisert depresjonsskala, utviklet i 1961. BDI er mye brukt for måling av adferd og symptomatologi ved fødselsdepresjon.

Ved at min studie har vinklingen mot opplevelsen av det å bli mor når en rammes av fødselsdepresjon, er det muligheter for at den kan bidra med noe nytt inn i forskningsfeltet mødre og fødselsdepresjon. Jeg har ikke funnet andre studier med denne vinklingen.



## 2.0 METODE OG ANALYSESTRATEGI

Den opprinnelige greske betydningen av ordet *metode* er *veien til målet* (Kvale & Brinkmann, 2010). Det synes å være nokså dekkende for forståelsen av ordet i denne oppgaven. For å finne svar på det som ønskes undersøkt, må det velges mest mulig hensiktsmessige tiltak, handlingsverktøy, for å oppnå dette. Svarene er målene, valget av fremgangsmåte er veien dit. I tilfellet av dette studiet falt valget på kvalitativt forskningsintervju som metode for å fremskaffe et materiale som gjennom fortolkning kan lede til svar. Svarene betegnes gjerne som funn, og innen kvalitativ forskning er de ikke nødvendigvis verken konkrete eller endelige. Kanskje ledes det i stede ut nye spørsmål (Malterud, 2002).

### 2.1 Kvalitativt forskningsintervju

Det som skiller et kvalitativt forskningsintervju fra andre intervjuformer er kanskje først og fremst at det søker å forstå fremfor å forklare. Det som søkes forstått er ofte noe i personers dagligliv, og sett fra deres eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2010). Det spesielle er også at kunnskapen om dette produseres på sosialt vis, gjennom interaksjonen mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale & Brinkmann, 2010, s.99). Derfor blir intervjuerens ferdigheter og vurderinger underveis i selve intervjusituasjonen i stor grad avgjørende for hvilke svar som gis og hvordan. Intervju i så måte kan betraktes som et håndverk, og det krever trening og lengre tids praktisering for å beherske det godt. Dette står i motsetning til selve intervjuet ved surveyintervjuene, hvor spørsmålene ofte er ferdig konstruert, og selve spørsmålsstillingen ikke krever spesielle forkunnskaper og kan læres nokså raskt. Ansvar for å fremskaffe gode og relevante data ligger i mye større grad hos intervjueren selv i kvalitative forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2010). Den kvalitative tilnærmingen ved intervjuformen begrunnes med at det er meningsinnholdet i opplevelsene som er av interesse, ikke hvor ofte slike opplevelser forekommer, årsaksfaktorer eller hvor sterke opplevelsene er (Haavind, 2001).

Mitt utgangspunkt var å undersøke kvinners opplevelse av det å gjennomgå en fødselsdepresjon, og hvordan de i lys av dette opplevde det å bli mor. For å vite noe om hvordan det faktisk oppleves, ønsket jeg å snakke med noen som har stått i situasjonen og kjent dette på kroppen selv. En slik metodisk tilnærming ville gi meg tilgang på kvinnes egne erfaringer. Interessen for selve dialogen var også medvirkende for metodevalget.

Hvordan jeg i mitt første forsøk som forskende kunne klare å bruke interaksjonen til å fremskaffe mest mulig fruktbart materiale til oppgaven min så jeg på som en spennende utfordring. Gode bidrag til økt kunnskap om temaene før intervjuene fikk jeg gjennom litteratur, og ved samtale med fagpersoner ved helsestasjoner som jobbet med mødre med fødselsdepresjon. Dette gjorde at jeg følte meg tryggere og kunne oppleve større grad av integritet i intervjusituasjonen.

For at informantene både skulle kunne fortelle fritt og samtidig snakke om det jeg ønsket kunnskap om, gjorde jeg semistrukturerte intervju basert på en tematisert intervjuguide (Vedlegg 1). Temaene i intervjuguiden var i utgangspunktet kronologisk ordnet, med rom for å hoppe litt frem og tilbake etter hva som falt naturlig. Intervjuguiden fungerte som en rettesnor under intervjuet, uten at den ble fulgt slavisk. Ut i fra hvordan kvinnenes historier utformet seg, varierte det hvor stort fokus hvert tema fikk i hvert enkelt intervju. Jeg syntes det var viktig å ikke låse samtalen til å gå i en spesiell retning eller rekkefølge, for at informanten skulle få snakke mest mulig fritt.

## **2.2 Rekrutteringen**

Etter at prosjektet var vurdert ikke fremleggelsespliktig hos REK (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) med hensyn til metodisk fremgangsmåte og hensikt, samt at NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) hadde godkjent prosjektet med hensyn til oppbevaring av personidentifiserbare data, kunne rekrutteringsprosessen begynne. Den skulle imidlertid vise seg å bli mye mer tidkrevende enn forventet. Jeg startet med å opprette kontakt først og fremst med helsestasjonene i den kommunen jeg var bosatt i på den tiden. Jeg hadde et utgangspunkt med stor optimisme og tro på at informantene var å finne via disse helsestasjonene. Jeg opplevde å bli positivt imøtekommet, og fikk prate med helsesøster og psykiatrisk sykepleier som jobbet med nettopp dette feltet. Ved siden av litterære studier, ga denne kontakten meg mye kunnskap i forhold til kartlegging og oppfølging av mødre, og fedre, som opplever depressive følelser eller andre psykiske reaksjoner i forbindelse med det å få barn. Jeg fikk etter forespørsel hos ledende helsesøster for kommunen tillatelse til å rekruttere ved at helsesøstre delte ut brev for meg til aktuelle mødre. Det ble delt ut brev i forbindelse med KID (Kurs i depresjonsmestring) ved helsestasjonene, og ved støttesamtaler med mødre som helsesøster oppfattet mottakelig for en slik forespørsel. Men det ga lite respons. Jeg utvidet til å spørre flere av kommunens

helsestasjoner, og øynet nye muligheter og håp for hvert ”ja” jeg fikk fra dem. Men responsen lot vente på seg. Det var en tidkrevende prosess, også fordi det ved hvert nye sted kunne ta tid å få snakket ledende helsesøster, som måtte avgjøre hvorvidt de kunne hjelpe meg. Det måtte oftest tas opp i et arbeidsmøte ved helsestasjonen, før jeg så kunne få tilbakemelding. De fleste forespurte helsestasjonene var behjelpelige med rekrutteringen, noen få ga avslag. En periode i vinteren 2012/2013 ble det delt ut brev til aktuelle mødre ved helsestasjonene i fem mindre kommuner på Østlandet. Det ble etter hvert hengt opp plakatforespørsel på helsestasjonens oppslagstavle i en sjettede kommune, samt en bydel i Oslo (Vedlegg 3). Men det ble faktisk ingen respons, enten fordi det ikke var aktuelle mødre på dette tidspunktet eller fordi de ikke ønsket å delta. Dette overrasket meg, og det overrasket også helsesøstre ved to av de aktuelle kommunene som jeg hadde kontakt med underveis. Av hensyn til blant annet personvern og taushetsplikt hadde jeg ingen mulighet til å kontakte aktuelle mødre direkte med forespørsel. Jeg måtte finne andre rekrutteringsmåter. Underveis i prosessen som jeg snakket med venner og kjente om det jeg holdt på med, var det et par venninner som sa at de hadde bekjente som de visste hadde hatt fødselsdepresjon. De var mer enn villige til å høre for meg om de kunne tenke seg å delta. Etter prat med veileder om dette med å gå veien via kjente, var det altså slik jeg fikk mine to første informanter.

For at det skulle bli et noenlunde fruktbart materiale til oppgaven hadde jeg behov for flere enn to informanter. Da kom idéen om rekruttering via internett opp. Den tanken hadde jeg riktignok vært innom tidligere, men jeg beholdt lenge troen på at jeg ville få informanter gjennom helsestasjonene, og at jeg skulle holde meg til den fremgangsmåten. Nå gjorde det åpenbart ikke det, og jeg måtte tenke nytt. En mamma-nettside ville være en god rekrutteringsbase, tenkte jeg. Etter tips fra veileder tok jeg kontakt med Siri von Krogh som er jordmor og driver nettsiden og forumet jordmorsiri.no. Siden har i ettertid skiftet navn til altformamma.no. Krogh var straks positiv til å legge ut forespørsel for meg. Jeg forhørte meg med REK om endringen i rekrutteringsmåte var ok, hvilket den var.

Det ble lagt ut en forespørsel med tilsvarende utseende som plakat-forespørselen min, sammen med en innledningstekst og et passende bilde. Endelig kom det mer respons. Det var da hun også la forespørselen ut på facebook-siden til jordmorsiri.no, at responsen virkelig kom. Ikke i stort antall interesserte, men nok til at jeg så at dette kunne bli fruktbart nok. Ulempen var imidlertid at flertallet av de som tok kontakt bodde i andre deler av landet som krevde lengre reiser for å få gjennomført intervju ved møte. Jeg brukte litt tid for å prøve å få flere i østlandsområdet, men kom i samråd med veileder til konklusjonen om å gjøre telefonintervju

med to informanter bosatt på Vestlandet. Det ble en løsning som fungerte bra, selv om det optimale ville vært å møtt alle informantene ansikt til ansikt. Jeg satt til slutt igjen med til sammen seks informanter, hvorav jeg har møtt fire og snakket med to på telefon.

## **2.3 Utvalget**

Kriteriene for å delta i studien var ikke veldig snevre. De besto i at kvinnen hadde gjennomgått fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner etter barnefødsel og hadde kommet seg gjennom den tyngste fasen, slik at hun lettere kunne snakke om det vanskelige og gjerne ha gjort seg noen refleksjoner. En forutsetning var et selvvalgt ønske om å delta, etter at det også var gjort oppmerksom på mulige ulemper ved deltagelse. Helt i starten av rekrutteringsprosessen hadde jeg også kriteriet om å ha vært førstegangsfødende og at de hadde fått oppfølging via helsestasjon og blitt fanget opp gjennom screening med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Etter hvert som det tok tid å få informanter, og det var vanskelig å finne noen innenfor en slik målgruppe, løsnet jeg på kriteriene i samråd med veileder. Det jeg ønsket å undersøke gjennom studien var kvinners opplevelse av det å ha gått gjennom slike problemer i forbindelse med å bli mor, så type oppfølging og etter hvilket barn i rekken de gjennomgikk dem, kokte ned til å ikke være så relevant.

Et slikt utvalg er således et strategisk utvalg ved at informantene jeg rekrutterer ikke er tilfeldige, men snarere tjener som eksempler på typiske tilfeller av mødre som har opplevd fødselsdepresjon. Det er ikke verken en hensikt, eller mulig, å oppnå statistisk representativitet ved et slikt utvalg (Fangen, 2010, s.55). Målsetningen med å sette sammen et slikt utvalg er at det har potensial til å belyse problemstillingen (Malterud, 2003, s.58).

## **2.4 Praktisk gjennomføring**

På grunn av endringer underveis i rekrutteringsmåte, ble gjennomføringen av intervjuene strukket over en noe lengre periode enn antatt. Intervjuene ble gjennomført i perioden mars – september 2013. Siden informantene var bosatt ulike steder, og de ikke nødvendigvis hadde hatt oppfølging ved lokal helsestasjon, reiste jeg hjem til informantene og intervjuet dem der, med unntak av de to som foregikk via telefon. Det var ønske fra samtlige informanter selv at jeg kom hjem til dem. Slik jeg oppfattet dem var det av praktiske hensyn i forhold til babyen,

først og fremst. Hjemmet er utover det en trygg og kjent arena, med liten risiko for tilhørere. De ble også tilbudt at intervjuer ordnet møterom ved universitetet eller ved helsestasjon.

De interesserte fikk tilsendt informasjonsbrev per post eller e-post, etter at de hadde tatt kontakt på bakgrunn av forespørselen på nettet. Slik fikk de mer utfyllende informasjon om studien og omstendigheter ved deltagelse, samt samtykkeerklæring til signering. De sa så endelig ja, eller nei, til deltagelse. En interessert trakk seg etter første kontakt med begrunnelse i at hun ikke følte seg frisk nok enda til å delta. Tid og sted for gjennomføring av intervjuet ble avtalt per telefon, eller e-post.

Ved intervjuene ble det som nevnt innledningsvis i kapittelet benyttet en temaguide, og det ble lagt opp til semistrukturerte intervju. Samme temaguide ble brukt ved alle seks intervjuene. Intervjuene hadde varighet fra 1 time til 1 time og 45 minutter. Det ble brukt lydopptaker ved samtlige intervju.

## **2.5 Transkriberingen**

Samtlige intervju ble transkribert i sin helhet av undertegnede. Transkriberingen ble gjort så kort tid etter intervjutidspunktet som mulig. Det letter fortolkningsdelen i transkriberingsprosessen dersom det gjøres tett opptil den reelle samtalen fant sted.

Uttrykksmåter, tonefall samt eventuelle utydigheter kan være vesentlige og er lettere å huske på kort tid etter intervjuet. I transkriberingen ble det markert i parenteser dersom det var sterke stemningsuttrykk under intervjuet. For eksempel ved latter, eller tilløp til gråt. Betydelige pauser ble markert med (...) og muntlige understrekinger ble skrevet i kursiv. Mindre følelsesuttrykk som lett latter og sukk ble utelatt. Alle ord og setninger ble nedskrevet. Det ble lagt vekt på at det som fremsto som viktig for informanten å formidle med sin fortelling skulle få komme frem. Derfor ble det viktig å skrive ned alt, og også markere deres understreking og sterkere følelsesuttrykk.

Det er viktig å huske på at transkriberingen er en skriftlig gjengivelse av en muntlig samtale. Det er en oversettelse av én narrativ form til en annen, fra muntlig talespråk til skriftlig talespråk. De virkelige rådataene er den faktiske samtalen der den fant sted i tid og rom mellom meg som intervjuer og informanten. Ved bevegelse fra tale til tekst vil det alltid skje en fordreining, også ved ordrett gjengivelse (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2002).

## 2.6 Informantene

Samtlige av de seks informantene hadde enten fått diagnosen fødselsdepresjon, eller de var selv sikre på at det var en slik depresjon de hadde gjennomgått. Ingen beskrev det som tilpasningsvansker eller annen psykisk reaksjon. Symptomene artet seg likevel ulikt, med noen likhetstrekk. Alderen til informantene var spredt fra 21 til 39 år, hvorav to av dem var flerbarnsmødre, resten førstegangsmødre, og kun én gjennomgikk fødselsdepresjon etter sitt andre barn. De fem andre gjennomgikk det med sitt første. På intervjudtidspunktet hadde fire av informantene helt nylig opplevd depresjonen, og var i ulik grad fri for symptomer, mens to hadde gjennomgått det for henholdsvis 12 og 3 år siden. Problematikken hadde likevel hatt følger for dem i ettertid også. Under følger en kort introduksjon av de seks informantene, under fiktive navn.

Eva: Eva bor i en middels stor by på Østlandet, er gift og midt i 30 årene. Hun gjennomgikk en fødselsdepresjon da hun fikk sitt første barn. På intervjudtidspunktet har hun gjennomgått tre etterfølgende svangerskap. Hun formidler derfor mye refleksjon rundt egen situasjon og hvordan hun opplevde sine nære relasjoner den tunge tiden. Hun viser med sin historie hvilken langvarig prosess det kan være å komme gjennom og akseptere reaksjonene sine for seg selv og for omverdenen. Hun viser også at det går an å få flere barn, uten å oppleve det samme. Forebyggende oppfølging var imidlertid avgjørende i den sammenheng.

Pernille: Pernille bor sentralt på Østlandet og har nokså nylig gjennomgått en fødselsdepresjon etter å ha fått sitt første barn. Hun er i slutten av 30 årene, samboer med barnefar og er den eldste av informantene. Hun er også den som ble førstegangsmor i høyest alder. På intervjudtidspunktet er barnet ti måneder. Hun bringer tematikken i forhold til nettopp det å være godt voksen som førstegangsmor inn i oppgaven, og at endringene det medfører å bli mor kanskje artet seg noe ulikt fra hvordan en ung mamma opplever dem. Hun forteller åpent og spontant om sin depresjon og har mange refleksjoner rundt hvorfor hun opplevde det slik hun gjorde.

Berit: Berit er den eneste av informantene som ikke opplevde depresjon ved sitt første barn, men ved barn nummer to. Berit bor i en middels stor by på Østlandet, er i midten av 30-årene og er samboer med barnefaren. Hun viser med sin historie blant annet en opplevd forskjell på det å befinne seg i en fødselsdepresjon og å oppleve den mer vanlige usikkerhetsfølelsen og barseltårer. Hun får også frem hvor energitappende en depresjon kan være for den som opplever det, og hvilke følger denne opplevelsen på lengre sikt har fått for henne.

Anna: Anna er en av mine to telefon-informanter. Hun er i midten av 20-årene, og bor i en middels stor by på vestlandet. Hun har ett barn, og på intervjuetidspunktet er hun nokså nylig over den tyngste fasen med depresjon. Hun har nettopp begynt å jobbe igjen etter fødselspermisjonen og sliter fremdeles med noen vanskelige tanker. Hun er samboer med barnets far. Med henne bringes temaet morsfølelse mer direkte inn i empiridelen av oppgaven. Med sin frykt for at hun ikke føler nok og riktig for barnet sitt viser hun hva en mor selv kan legge i begrepet, og betydningen av det for barnets velvære og utvikling.

Kari: Kari er i slutten av 20-årene og bosatt sentralt på Østlandet. Hun har erfaring med psykisk lidelse fra før, og er nok den som kan sees å ha det vanskeligste utgangspunktet med hensyn til egen helse og sosiale og økonomiske omstendigheter. Hun forteller om holdninger hun blir møtt med som psykisk syk og gravid, og psykisk syk og nybakt mamma. Hvordan hun føler hun må streve for å bli sett på først og fremst som nettopp nybakt mor, og ikke som psykisk syk. Hun bidrar sterkt til at temaet ammepress og betydning av amming for mor-barn tilknytningen kommer med i oppgaven.

Kristin: Kristin er i begynnelsen av 20-årene og min yngste informant. Hun er den andre av telefon-informantene, og er bosatt i en by på vestlandet. Med sin unge fortellermåte beskriver hun en tøff historie med komplikasjoner under fødsel og i barseltid. Hun forteller levende og spontant, og får blant annet viktigheten av mors ivaretagelse av seg selv frem i lyset, og hvordan det å finne tilbake til egne interesser igjen kan bidra til bedring.

### **2.6.1 Bekjente: fordeler og ulemper**

Blant mine informanter er det altså en person som er rekruttert ved hjelp av en felles kjent. Denne felles kjente er en tidligere kollega av meg som er i omgangskrets med informanten. De er ikke nære venner. For meg er informanten helt ukjent og intervjuet var vårt første møte. Allikevel kan det å ha en felles kjent ha en viss innvirkning på intervjuet. I utgangspunktet tar jeg det for gitt at informanten, før hun takket ja til deltagelsen, har vurdert om hun føler seg komfortabel nok med det til å delta. En mulig frykt kan være at jeg og min tidligere kollega skal snakke om vedkommende i ettertid. I informasjonsskrivet forteller jeg om min taushetsplikt, og jeg understreket muntlig at all informasjon hun gir meg, blir hos meg og blir slettet når oppgaven er ferdig. Når det gjelder selve rekrutteringsmåten tror jeg det kan være enklere å få informanter på denne måten, fordi den forespurte kan føle det tryggere å stille opp når de får en beskrivelse av intervjueren fra noen de kjenner. Det kan imidlertid også tenkes at det kjennes på et relasjonelt press for å stille opp når forespørselen rettes fra en

venn eller bekjent. Det kan i så fall gjøre at den frivillige deltagelsen må stå med et spørsmålstegn bak, for vedkommende informanter. Det informerte samtykket som undertegnes håndteres imidlertid direkte mellom informanten og meg, og jeg må forholde meg til at vedkommende faktisk har signert samtykket og deltatt, etter å ha fått skriftlig og muntlig informasjon om retten til å trekke seg.

Det er ellers to av informantene som er bekjente av meg fra ungdomsårene. Vi var ikke nære kjente og hadde på intervjutidspunktet ikke snakket sammen på flere år. De har begge selv sagt seg villig til å delta uten at jeg har spurt dem direkte. Den første informanten henvendte seg selv da forespørselen ble lagt ut på jordmornettsiden, og den andre hadde hørt om prosjektet mitt via en felles venninne og ønsket selv å delta.

Når man som intervjuer har felles kjente med informanten og har vært i en perifer relasjon til vedkommende tidligere, kan det tenkes at enkelte områder beskrives annerledes enn de ville blitt dersom vi var totalt ukjente for hverandre. Det ligger i menneskets natur å ønske å fremstå vellykket og positiv. Enkelte tema kan derfor dekkes noe over eller fremstilles mer positivt enn hva som var tilfellet. På den annen side kan også det å være bekjente i en forskningssammenheng bidra til en større trygghet og ro i samtalen, og det kan oppleves lettere å dele sine personlige erfaringer. Til sammenligning viser studiet til Browne (2005) at informanter rekruttert via snøballeffekten til fokusgruppeintervju om sensitive tema opplevde det nettopp lettere å fortelle personlige erfaringer da de kjente de andre informantene. Så blir det etterpå en viktig oppgave for meg som intervjuer å filtrere ut det som kan være personidentifiserbart eller faller utenfor studiens fokus.

Motivasjonen for å delta har informantene i min studie sagt ligger i det å gjøre problematikken generelt mer kjent for andre, samt et ønske om å kunne bidra til hjelp for andre som kommer i lignende situasjoner senere. Det kan også være et ønske om å bidra til hjelp med å ferdigstille en masteroppgave, som jo dette prosjektet munner ut i.

### **2.6.2 Telefon: fordeler og ulemper**

To av mine intervjuer foregikk altså per telefon av geografiske og dermed praktiske årsaker. Ved begge intervjuene fikk informantene muligheten til å velge telefon dersom de ikke hadde tilgang til, eller ikke ønsket, skype eller video-intervju. Med den ene informanten ble det forsøkt skype, men det mislyktes på grunn av dårlig internettforbindelse. Med den andre informanten lot det seg ikke gjennomføre på grunn av en dårlig fungerende PC hos informanten. Det kan også tenkes at det kjennes tryggere å la seg intervjuer uten å vise ansiktet



sitt. Jeg har hørt stemmen deres, og har noe personalia, men de ville ikke være gjenkjennelige for meg ved et tilfeldig møte senere.

Jeg antar at en mulig fordel ved denne intervjuformen er at jeg kan få ærligere beskrivelser av sensitive hendelser fordi vi ikke sitter ansikt til ansikt. Gjennomføringen er i større grad anonym og det kan oppleves tryggere. Samtidig kan det oppstå usikkerhet fordi informanten ikke ser min mimikk og mitt kroppsspråk. Andre mulige ulemper er at det kan oppstå misoppfattelser fordi man kun hører ordene og tonefallet, og mister helheten i kommunikasjonen fordi ansiktsuttrykk og kroppsspråk ikke fanges opp. Det er også tidvis vanskeligere å oppfatte alle ord og setninger nøyaktig. Sistnevnte gjelder spesielt på lydopptaket. Av den grunn har jeg måttet bruke mer tid på disse to intervjuene. Alt i alt ser jeg likevel på disse intervjuene som god empiri, og de har gitt fruktbart materiale til studien.

## **2.7 Analysestrategi og strukturering av materialet**

Da jeg startet intervjuprosessen var jeg ikke helt bestemt på at jeg ville bruke narrativ tradisjon inn i tolkningen av materialet. Jeg så for meg en tematisk fortolkning, der innholdet i det kvinnene fortalte ville være i fokus. Jeg ville ha tak i kvinnes egne opplevelser, og jeg ønsket at de skulle få fortelle om dem uten så mange avbrytelser fra min side. Intervjuguiden inneholdt som nevnt temaområder jeg ønsket å høre om, og temaområdene hadde underpunkter ment å fungere som rettesnor dersom samtalen skled ut eller stoppet opp. Ut i fra mitt utgangspunkt med ønske om å høre kvinnes opplevelser gjennom svangerskap, fødsel, spedbarnstid og depresjon, fikk jeg seks mer eller mindre kronologiske fortellinger. Disse dannet et godt utgangspunkt for å kunne ta i bruk elementer fra narrativ tradisjon inn i analysearbeidet. En narrativ analysestrategi fremsto som hensiktsmessig i forhold til det empiriske materialet jeg satt med, og i forhold til den utformede problemstillingen. Hver enkelt fortelling var vesentlig i sin helhet i og med at det var kvinnes opplevelser i den enkeltes sosiokulturelle kontekst som var av interesse. En narrativ analysestrategi ville gi meg en god mulighet til å se dem som enkeltstående fortellinger med formidling av et poeng, en mening. Meningsinnholdet i fortellingene var av stor interesse. Jeg vil beskrive analysearbeidet nærmere i de kommende avsnittene, og har valgt å støtte meg hovedsakelig til Riessman (2008), og tidvis Kvale & Brinkmann (2009) og Malterud (2002) i dette arbeidet. Jeg har også hentet inn aktuelle forståelser og vinklinger fra Ahlsen, Mengshoel & Solbrække (2012), Thagaard (2013), samt Bury (2001) og Frank (2013).

### 2.7.1 Intervju som materiale for narrativ fortolkning

Aaslestad (1999) skiller mellom historie og fortelling som ulike narrative nivåer. Mens historie refererer til det narrative innholdet, refererer fortelling til det faktisk fortalte. Thagaard (2013) forklarer en fortelling som en beskrivelse av en rekkefølge av hendelser satt i en sammenheng, og bruker fortelling synonymt med narrativ (Thagaard, 2013). Med bakgrunn i disse forståelsene vil jeg i det følgende bruke fortelling eller narrativ i omtale av intervjuene som utgjør mitt datamateriale. Datamaterialet består av det mødrene har valgt å fortelle meg, og de forteller hendelser i en tidsrekkefølge, for å formidle sine opplevelser og kanskje et budskap. Det fortalte er det jeg må forholde meg til, og det kan kun i mer eller mindre grad rekonstruere historien (Aaslestad, 1999).

Narratologi betyr opprinnelig læren om fortellende teksters struktur (Aaslestad, 1999, s.7). Interessen for narratologi, og med det selve fortellingene om hendelser, har økt kraftig de senere tiårene (Aaslestad, 1999). Det å gjøre bruk av narrative metoder i kvalitativ forskning har også fått økt oppmerksomhet denne tiden (Bury, 2001; Riessman, 2008). Fortellinger genereres bevisst eller ubevisst, og både nedskrevne og muntlige fortellinger kan danne utgangspunkt for narrative analyser. Flertallet av narrative prosjekt innen humanvitenskapen er i dag basert på intervju i en eller annen form (Riessman, 2008, s.23). Et intervju i narrativ utforming skiller seg sterkt fra den mer tradisjonelle surveyintervju-formen ved at det gjennomgående unngås ”spørsmål og svar – form”, og heller skapes en fortelling, et narrativ. Dette gjøres ved at begge deltagere er aktive i det å skape en fortelling med mening. Målet ved narrativ intervjuform er å generere detaljerte resonnementer heller enn korte svar eller generelle påstander (Riessman, 2008). Det må dermed tilrettelegges for at informanten får rom til å fortelle sin historie innenfor det aktuelle tema. Det krever mindre avbrytelser av intervjueren for spørsmål, men ikke desto mindre oppmerksomhet og aktiv lytting.

### 2.7.2 Narrativ tematisk analyse

Siden jeg har valgt å bruke en narrativ analyseform av mitt materiale, ser jeg altså intervjuene som enkeltstående fortellinger, eller *narrativ*. I prosessen med å forstå hva et narrativ er, kan egentlig forvirringen bli ganske stor. Litteraturen beskriver begrepet noe ulikt, og det er heller ikke alle som i det hele tatt definerer termen narrativ (Robertson, 2013). I følge Robertson (2013) bidrar for eksempel den franske semiologen Roland Barthes til en slik forvirring. Robertson viser til noen av hans utsagn, blant annet dette: ”narrativene strekker seg gjennom historien og over kulturene, de bare fins der, slik som livet selv.” (Barthes, 1977). For å kunne gjøre bruk av narrativ analysestrategi hadde jeg behov for en mer konkret forståelse av

begrepet. Den enkleste måten å forstå det på er som et annet ord på en fortelling om livshendelser, fortalt av en person til en eller flere andre. En fortelling har som oftest en begynnelse, en hoveddel og en avslutning, og i omtale av narrativer er det ofte lagt vekt på at de inneholder denne type struktur. Narrativene tjener en hensikt ved at de hjelper oss til å dra nytte av, og se mening i hendelser i livet. De kan sees som en måte for oss mennesker å søke å forstå, få andre til å forstå, og gi mening til våre erfaringer (Frank, 2013; Ahlsen et al., 2012). Det å forteller historier fra egne eller andres liv er universelt (Bury, 2001). Gjennom å fortelle om en situasjon, eller hendelse fra eget liv, kan det også oppnås andre forståelser av hendelsen hos fortelleren selv. For arbeidet med det empiriske materialet i denne oppgaven fant jeg Jane Elliott sin definisjon av narrativ interessant og aktuell. Jeg tar utgangspunkt i hennes definisjon i min forståelse av narrative;

*Et narrativ kan forstås som organisering av en rekke hendelser/deler til en helhet, sånn at betydningen av hver del kan forstås relatert til den helheten.* (Elliott, 2005)

Når det gjelder bruk av narrativ analyseform er dette analyser generelt med fokus på tekstens mening og språklige form. Det tas utgangspunkt i en fortalt historie, med vektlegging på hvordan delene i den er ordnet. Strukturen i fortellingen er relevant (Kvale & Brinkmann, 2010; Riessman, 2008). Det er imidlertid ikke alltid en direkte kan lese en slik struktur, altså med en begynnelse, et midtparti og en slutt. Da er det mulig og nødvendig fra forskerens side å konstruere en sammenhengende fortelling på bakgrunn av de hendelsene som er fortalt. Riessman (2008) viser hvordan vektlegging av strukturen i narrative kan danne utgangspunkt for tolkningen. Jeg har funnet det nyttig, og støtter meg mye til henne i analysearbeidet. Hun tar også spesielt for seg den tematiske narrative analysen, og omtaler intervjuet som materiale for narrativ analyse.

I narrativ analyse er det tradisjonelt sett vanlig å vektlegge det språklige i form av hvordan noe fortelles, til hvem og med hvilken hensikt det fortelles, i tillegg til det innholdsmessige. Ved tematisk analyse innen denne tradisjonen, er hovedfokus i stedet rettet utelukkende på det som fortelles; de opplevelsene språket refererer til (Riessman, 2008). I henhold til dette har jeg ikke rettet fokus på pausene, fyllordene eller tonefallet i særlig grad i gjennomgangen av intervjuene. Faktumet at det er en samtale man arbeider med kan likevel ikke utelates, og man må forholde seg til det relasjonelle mellom intervjuer og informant. Hvordan intervjueren spør og følger opp svar fra informanten får betydning for hva og hvordan informanten forteller. På samme måte vil også måten informanten forteller meg noe på kunne si noe om

betydningen av hendelsen for informanten. Dette vil, slik jeg ser det, uansett påvirke analysene i en viss grad, men det har ikke et direkte fokus i analysearbeidet.

Sentralt i analysearbeidet er det å analysere frem et plot. Plottet representerer det meningsskapende aspektet, basert på et helhetsinntrykk av alle delene i narrativet (Thagaard, 2013; Ahlsen 2012). Et viktig fokus videre i analysearbeidet av narrativer er å se på sammenhenger mellom struktur, innhold og plot (Thagaard, 2013). Dette har jeg funnet utfordrende og spennende, og jeg har valgt å legge spesielt vekt på hvordan plottet gjør seg synlig for meg i ulike deler av fortellingene.

I oppgavens analysedel presenterer jeg plottet innledningsvis for hver enkelt informants narrativ. Gjennom sitater og forklarende tekst vil jeg så vise hvordan og hvorfor det aktuelle plottet ble analysert frem.

### **2.7.3 Narrativ analyse i et sosiokulturelt perspektiv**

Ved narrativ analyse letes det ikke direkte etter felles tematikk i intervjuene. Hvert intervju sees som en enkeltstående fortelling, og analysen gjøres slik ”på langs”. I lys av de aktuelle teoretiske perspektiv trekkes det ut hendelser og beskrivelser som kan belyse problemstillingen. Jeg søker å forstå informantene i deres sosiokulturelle kontekst. For å kunne gjøre det anser jeg en narrativ analyseform som velegnet. Informantens sosiale omgivelser er preget av kulturelle koder som bidrar til å forme de sosiale relasjonene. Fortellermåte, samt hva informanten velger å fortelle meg, vil være preget av dette. Narrativer vil alltid befinne seg i bestemte sammenhenger, det være seg kulturelle, sosiale eller institusjonelle sammenhenger, og de vil alltid kunne si oss noe om fortellerens kontekst, både på fortellertidspunktet og tidsrommet det fortelles fra (Robertson, 2013; Bury, 2001).

Nettverk, boforhold, familie, egne og omgivelsenes forventninger til morsrollen fremstår i alle narrative i sterk relasjon til opplevelsen av å ha blitt mor og være deprimert i barseltiden. Det er interessant å se på materialet på denne måten også med tanke på at både genetiske, psykososiale og sosioøkonomiske forhold har innvirkning ved fødselsdepresjon, på samme måte som ved annen klinisk depresjon (Slinning et al. 2012).

Kvinnene som er informanter i denne oppgaven er alle etnisk norske og oppvokst i Norge. Deres sosiale kontekst og syn på seg selv er naturlig nok preget av norsk kultur og levemåte. Syn på amming, morslykke, opplevelse av tilknytning og det å være vellykket som kvinne i dag er blant andre tema informantene kommer inn på. Jeg opplever sosiologiske og kulturelle forhold så tett knyttet til hverandre at det blir naturlig å inkludere begge perspektiv for å

belyse tema og besvare problemstilling innenfor de valgte rammene. Betydningen av god helse, eller av sykdom, preges av hvor i verden vi bor, om vi bor urbant eller landlig og hvilke sosiale omgivelser vi har. Fugelli og Ingstad (2006) viser dette i sin studie av helse og natur i Norge og Kalahari. Deres funn viser at oppfatningen av hva som er helse er nokså lik, men oppfatningen av hva som gjør at man har god helse er mer preget av kulturen man lever i. Her i Norge har vi, i likhet med ellers i Norden, som eksempel et høyt fokus på viktigheten av amming og morsmelk i barnets første leveår. De nordiske landene har den høyeste ammefrekvensen i Europa (Ellingsæter, 2012, s.139). Det medfører et høyt press for nybakte mødre om å prestere når det gjelder å amme sitt barn. Spesielt en av informantene peker på det eksisterende ammepresset, og hvordan hun har opplevd det negativt. En mor som ikke klarer å amme sitt barn, kan lett se på seg selv om mislykket som mor, og det er dokumentert en høyere risiko for depresjon blant disse mødrene (Eberhard-Gran et al. 2007). I oppgavens teorikapittel vil jeg gå nærmere inn på amming som eksempel på et sentralt område de kulturelle normene yter stor påvirkning på.

#### **2.7.4 Strukturering av analysene ved typologi**

I prosessen med å strukturere og skape oversikt over de narrative analysene etter at selve den tematiske analysen er gjort, har jeg funnet det interessant og nyttig å se nærmere på typologisering eller klassifisering, av narrativene. Ut i fra hva som sees som budskapet i fortellingene, samt fortellermåten og vinklingen til hendelsene kan en fortelling klassifiseres innenfor en gruppe, eller en *typologi*. I den forbindelse har jeg sett spesielt på de typologiene som Mike Bury (2001) og Arthur Frank (2013) fremstiller. De opererer begge med tre typologier av sykdomsfortellinger (*illness narratives*) hver. En slik inndeling av narrativ i de ulike typologiene bunner i at vi mennesker forteller våre historier ved å gjøre bruk av, og kombinere, kulturbundne fortellermåter. Det kan med fordel foreslås flere og andre typer narrativ, men Bury (2001) og Frank (2013) har begrenset seg til tre hver, hvor det innenfor dem igjen er ulike retninger og en enkelt historie kan inneholde elementer av flere typologier (Frank, 2013). Olaus Lian (2012) omtaler typologier i analysene som nyttige som strukturerende elementer, dersom det sees som passende for materialet.

Det er mulig for forskeren å konstruere egne typologier for sitt materiale, eller man kan velge å bruke allerede eksisterende typologier (Lian, 2012).

Jeg har valgt å gjøre bruk av typologisering som et tillegg i analysearbeidet, og anvender da i all hovedsak Frank og Bury sine seks typologier. Jeg har også forsøkt å konstruere en egen typologi i et tilfelle hvor jeg ikke syntes noen av de eksisterende egnet seg. Som Lian (2012)

sier, kan typologiene bidra til å kaste lys over fortellingene og til å finne mønstre mellom dem. Det er imidlertid ikke alltid det er like nyttig med typologiseringen. I denne oppgaven finner jeg de egnet for å bidra til ytterligere oversikt og helhetsinntrykk av det enkelte narrativ. Typologiseringen går ikke dypt nok til å utgjøre en selvstendig tolkning av et materiale, og egner seg derfor, slik jeg ser det, som et tillegg til den narrative analysen.

#### **2.7.4.1 Arthur Frank og Mike Bury sine typologier**

Frank (2013) sine tre hovedtypologier er *the restitution narrative*, *the chaos narrative* og *the quest narrative*. Jeg støtter meg til Olaug Lian (2012) som oversetter disse nokså direkte til *restitusjonsfortelling*, *kaosfortelling* og *søkende fortelling*. Frank (2013) hevder at selv om en fortelling kan trekke retning inn i alle de tre narrative klassifiseringene, er det oftest én som dominerer. *Restitusjonsfortellingen* ser Frank som den generelt dominerende fortellingstypologien ved sykdomsfortellinger. De omhandler selve gangen i sykdomsperioden, hvordan sykdommen inntraff, hva som preget den og hvordan personen gradvis ble bedre (Frank, 2013). Frank setter denne typologien spesielt i sammenheng med fortellinger som formidles kort tid etter at en person har blitt frisk fra en sykdomsperiode, eller når personen er på bedringens vei. Det er alltid et mål om å komme tilbake til god helse, og en positiv utgang. *Kaosfortellingen* kan egentlig ikke omtales som narrativ fordi den mangler den refleksjonsavhengige strukturen et narrativ har. I motsetning til restitusjonsfortellingene har den ingen positiv utgang og optimisme. Det er levd kaos som kommer ut i en fortelling som ofte kan være vanskelig for tilhøreren å følge. Disse fortellingene gir forestillinger om en tilværelse som aldri vil bli bedre, og de kan i så måte også være ubehagelige å høre på. *Den søkende fortellingen* er den fortellingen hvor fortelleren er mest synlig. Disse fortellingene fremviser aksept av sykdommen og søker å bruke sykdomserfaringen til noe meningsfylt. Det er fortelleren som eier fortellingen og den er ikke styrt av medisin, legen, sykehuset eller psykologen slik det ofte er i restitusjonsfortellingene (Frank, 2013). Slik jeg forstår Frank kan det i en slik søkende fortelling være et formål for eksempel å snu en oppfatning av at en mor som strever med seg selv er en dårlig mor.

Bury (2001) omtaler sine tre hovedtyper som *contingent narratives*, *moral narratives* og *core narratives*. *Contingent narratives* kan oversettes til *forklarende narrativ*. Disse vil forklare sykdommens debut, hva som sees som mulige årsaker, symptomer og konsekvenser av den. *Moral narratives*, *moralske narrativ*, vil få frem hva som eventuelt skjer i spennet mellom personlige forhold og sosiale, samfunnsmessige forhold. Hvilke endringer som skjer og hva

kan trekkes ut som moralsk status. *Core narratives*, eller *kjerne narrativ*, trekker frem sammenhenger mellom den sykes opplevelser og dypere kulturelle forhold knyttet til lidelse og sykdom (Bury, 2001).

#### **2.7.4.2 Hvordan og hvorfor typologi**

Typologibruken bidrar først og fremst til en tydeligere strukturering av narrative. Denne struktureringen gjør at det opplevdes lettere å se informantenes mulige intensjon med narrative. Typologiene bidrar dermed til en tydeliggjøring av narrative, og hjelper meg som forskende til å se helheten i hvert enkelt av dem.

I min anvendelse av typologiseringen underveis i analysen ser jeg Frank sine tre typologier som hovedtypologier. Det vil si at jeg først og fremst plasserer narrative innenfor disse, for så å gjøre en underklassifisering der jeg anvender Burys typologier, i hovedsak. Jeg gjør det slik fordi jeg opplever at alle narrative, og kanskje de fleste sykdomsfortellinger generelt, kan passe inn under en eller flere av Frank sine typologier. Det illustreres en bevegelse fra kaos til restitusjon. Restitusjonsfortellingene fremstår som dominerende når noen forteller fra et tilbakelagt sykdomskapittel, slik Frank (2013) også ser det. Fortelles derimot en sykdomshistorie på et tidspunkt hvor sykdommen, eller den vanskelige perioden, er aktuell eller fortsatt veldig nær, er ikke de vonde følelsene bearbeidet og integrert enda. Da vil narrative ligne mer en kaosfortelling, etter min oppfatning. Elementer fra andre typologier kan likevel også vise seg i en og samme fortelling. Anvendelsen av typologiene underveis i analysearbeidet vil jeg omtale som klassifisering.

### **2.8 Kritisk vurdering av metodevalg**

Mitt metodevalg i denne studien falt som tidligere begrunnet på intervju. Alternative metodiske fremgangsmåter kunne likevel vært valgt. Jeg kunne ha anvendt kun litteratur og gjort en litteraturgjennomgang av det som fra før er gjort av forskning på området. Jeg kunne ha laget spørreskjema, eller anvendt data fra større undersøkelser som gjøres relatert til pågående forskning, dersom jeg fikk tillatelse til det. Jeg oppfatter imidlertid at slike fremgangsmåter ikke ville gitt meg den nærheten til den gruppen jeg studerer, og det ville ikke gitt meg tilgang på førstehåndsfortellinger. Dette var viktige poeng for meg i studieprosessen. Imidlertid ser jeg det som svært nyttig og relevant å benytte skrevne tekster og produserte data. En ny tolkning og bredere anvendelse av materiale som foreligger tror jeg

kan være fruktbart og også ressursbesparende. Det kan ikke produseres helt nytt datamateriale for ethvert studie.

Jeg opplever at metoden jeg har valgt har lært meg mye om det jeg søker svar på, men også om det å være forskende. Ved intervju er intervjueren sitt eget redskap, og jeg har erfart hvor viktig forberedelser og gjennomføring er for resultatet. Da jeg skrev den temabaserte intervjuguiden og gjennomførte de første intervjuene var jeg ikke bestemt på hvilken analysestrategi jeg ville bruke. Jeg ser i ettertid at dersom jeg hadde bestemt meg for det på forhånd, ville det kanskje vært enda mer hensiktsmessig å gjøre narrative intervju i stede for semistrukturerte. De narrative intervjuene fokuserer mer direkte på å åpne opp for historier, og på handlingene i dem og oppbygningen av dem (Kvale & Brinkmann, 2010). Når det er sagt opplever jeg at det har fungert bra med semistrukturerte intervju. Oppbygningen av intervjuguiden dannet utgangspunkt for en kronologi i fortellingene, og spørsmålene var åpne. Narrativ tematisk analysestrategi tillater i tillegg den forskende å skape struktur der den ikke er like tydelig.

Det kan ikke generaliseres fra de funn som er gjort, og det er heller ikke en hensikt med et slikt intervjustudie. Jeg anser likevel funnene som relevante ved at de fremmer aktuelle tema for videre undersøkelse. Slik opplever jeg at metodevalget har tjent sin hensikt.

## **2.9 Vitenskapelighet i forskningsprosessen**

Ethvert studie, også de kvalitative, skal kunne bedømmes etter sin vitenskapelige kvalitet (Malterud, 2002). Den vitenskapelige kvaliteten beror på hvorvidt vitenskapsteoretiske forutsetninger imøtekommes. *Relevans, gyldighet, pålitelighet og refleksivitet* er noen relevante kriterier i vurderingen av den vitenskapelige kvaliteten. Gyldighet og pålitelighet er de tradisjonelle begrepene for validitet og reliabilitet. Forskningsprosessen i studien skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring og resultatene skal ha overførbarhet utover lokal studiesammenheng (Malterud, 2002). Med utgangspunkt i ovennevnte de kriterier vil jeg gjøre en vurdering av denne studiens vitenskapelige kvalitet.

### **2.9.1 Relevans**

Ved en kvalitativ studie som denne er det ikke en hensikt å besvare spørsmål med betydning for statistiske beregninger som for eksempel ”Hvor mange mødre får fødselsdepresjon?”, eller ”I hvilken grad får barn varige skader når mor har fødselsdepresjon?” Dette er interessante og



viktige spørsmål, men den type spørsmål hjelper oss lite med å utforske og forstå menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (Malterud, 2002; Beck, 1992) Denne studien er i så måte relevant for å øke innsikt i og forståelse av hvordan mødre som strever med fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner etter fødsel faktisk opplever situasjonen sin selv. Som beskrevet tidligere finner jeg få studier som spesifikt ser på dette. Det er derimot overvekt av kvantitative studier, særlig fra Norge og Norden. Kvinnene som har deltatt i studien sto fritt til å fortelle deres opplevelser og vektlegge det som hadde størst betydning for dem. Jeg forsøkte å ikke legge noen føringer innenfor rammene av problemstillingen. Jeg mener slik at studien har aktualitet og kan være et relevant bidrag til kunnskapsutvikling og formulering av nye spørsmål. I henhold til Malterud (2002) er det også kvalitative studiers hensikt.

### **2.9.2 Validitet**

Det er med utgangspunkt i problemstillingen at strategi for datainnsamling og videre analysestrategi bestemmes (Malterud, 2002). Hvor hensiktsmessig den valgte strategien er for å få belyst problemstillingen avgjør dens relevans og validitet. Disse kriteriene for vitenskapelighet er således med helt fra forskningsprosessens begynnelse, som en kvalitetskontroll ved de valg som tas underveis.

Validitet dreier seg enklest forklart om hvorvidt metoden egner seg til å undersøke det man ønsker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2010). I denne studien valgte jeg intervju som metodisk strategi fordi jeg ville høre fortellingene fra informantenes egne opplevelser. Jeg antok at det ville være lettere for deltakerne å gi ærlige beskrivelser i et enkeltpersonsintervju enn i en gruppesamtale, for eksempel. Intervjuer med enkeltpersoner egner seg godt ved fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet, skriver Malterud (2002:2469). Fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner kan være vanskelig å fortelle om, og informanten blir sårbar i intervjusituasjonen ved at vonde følelser kan komme frem igjen. Ved kvalitative forskningsintervju går validitetskriteriet også på intervjupersonens troverdighet og håndtering av selve intervjuingen (Kvale & Brinkmann, 2010). Intervjuet er en samtale mellom to personer, og både formuleringer, uttrykk, kroppsspråk og kontekst har påvirkning på datamaterialet som er resultatet av intervjuet. Forskeren som person, og dennes moralske integritet har også betydning for validiteten. Jeg forsøkte i stor grad å være meg bevisst egne formuleringer, verbale og non-verbale uttrykk under intervjuene. Det at jeg gikk inn for å øke egen kunnskap rundt fødselsdepresjon og andre reaksjoner etter fødsel bidro til

større trygghet i intervjuerrollen. Dette sammen med interessen for feltet gjorde det mulig for meg å ha større innlevelse og forståelse for intervjupersonenes beskrivelser.

### **2.9.3 Reliabilitet**

Reliabiliteten har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2010, s.250). Ved intervju som metodisk strategi er det selvsagt at intervjuerens innflytelse på resultatene er av betydning. Det er sannsynlig at det ville kommet frem andre nyanseringer og poenger dersom undersøkelsen ble utført med en annen intervjuer. Det har med personlighet og integritet å gjøre, men også med de perspektiver jeg har med inn i undersøkelsen. Det er i lys av de valgte teoretiske perspektiv og min forkunnskap og forforståelse jeg gjør intervjuene. Fortellingene jeg får preges av dette. Det er likevel min antagelse at dersom en annen intervjuer hadde utført denne undersøkelsen i lys av de samme perspektiv, ville hovedutfallet vært det samme. Dette fordi jeg har fulgt en beskrevet analysestrategi. Jeg har forsøkt å beskrive min fremgangsmåte og mine perspektiv slik at de skal kunne være etterprøvbare av andre. Analysen skal ikke bare gjennomføres, men også formidles, slik Malterud (2002, s.2470) sier det. Hvorvidt jeg har lyktes med å formidle analysen slik vil måtte være opp til leseren å bedømme. Det jeg kan si i en egen vurdering, er at jeg har forsøkt å tydeliggjøre hva jeg gjør gjennom beskrivelse av analysestrategi i metodekapittelet, men at jeg også har funnet det utfordrende å tydeliggjøre anvendelsen av strategien underveis i analysen. Det kan være fordi den narrative analyseformen er analyse *på langs* og i stor grad ser etter helhetsuttrykk ved hver enkelt fortelling. Analyse som går mer *på tvers* av intervjuene, og for eksempel gjør bruk av koding eller meningsfortetning kan kanskje lettere skjemasiseres og på den måte illustreres tydeligere. I tillegg foreligger det faktum at jeg er student og uerfaren i forskningsprosessen. Det å skrive ut og forklare veien man har gått vil være enklere når man har gått veien flere ganger.

### **2.9.4 Refleksivitet**

Med refleksivitet som avsluttende punkt i dette kapittelet understrekes betydningen av å overveie de forutsetninger som omgir forskningsprosessen og former resultatene (Malterud, 2002). Forutsetningene utgjør det allerede beskrevne ved forskerens rolle inn i intervjusituasjonen, men også det faktiske utvalget, og min håndtering av valgt analysestrategi inn mot det empiriske materialet (Malterud, 2002).

Da jeg valgte intervjuformen som metodisk tilnærming forsto jeg at det ville bli utfordrende og krevende å selv utgjøre redskapet for innhenting av empiri, slik Kvale & Brinkmann

(2010) sier det. Skulle jeg få et godt og fruktbart materiale forsto jeg at gode forberedelser var viktig i form av for eksempel kunnskapsinnhenting og utarbeiding av intervjuguide. Å være seg bevisst full tilstedeværelse i intervjuene ble også svært viktig. Fordi jeg ikke har arbeidet med verken depresjon eller fødselsrelaterte psykiske reaksjoner hadde jeg ikke med meg noen oppfatninger eller hensyn inn i møtet med kvinnene. Det kan anses som en fordel. På den annen side ville jeg hatt et stødigere utgangspunkt kunnskapsmessig dersom jeg hadde arbeidet med gruppen, noe som kunne gitt andre innfallsvinkler.

De seks informantene som utgjør utvalget former mitt materiale og dermed mine funn. Hadde det bestått av seks andre informanter med tilsvarende ønskelige bakgrunn, ville sannsynligvis andre faktorer vært fremhevet i tillegg til, eller istedenfor, de som denne oppgaven trekker frem. Det har vist seg at en del tema som tas opp er aktuell for flere av informantene, og det blir en antagelse at det kan være aktuelt for flere med samme type problematikk. I spørsmålet om generaliserbarhet er det viktig å huske det Malterud (2002) beskriver angående kvalitative metoder; det kan være viktigere å komme frem til nye spørsmål enn å besvare gamle (2002, s.2468). Disse kvinnes erfaringer kan bidra til nye hypoteser og forståelsesmåter som andre i tilsvarende situasjon kan tenkes å dra nytte av gjennom ny tilgang på kunnskap.

Analysestrategien ble valgt fordi jeg anså den som hensiktsmessig for det materialet som dannet seg, samt i lys av de teoretiske perspektivene jeg ønsket å anvende. En tydelig presentasjon av denne teoretiske referanserammen kan bidra til å klargjøre analyseprosessen for leseren (Malterud, 2002). Hadde jeg valgt andre perspektiv, ville kanskje en annen analysestrategi vært mer nærliggende, og resultatene ville sett annerledes ut, eller kommet til uttrykk i en annen vinkling. Det vesentlige er at det skal være mulig for leseren å se hvilke valg jeg har gjort og hvorfor jeg har kommet frem til de resultatene jeg har.

### 3.0 ETISKE OVERVEIELSER

Det kan være utfordrende å skulle skrive spesifikt rundt de etiske momenter ved et slikt forskningsstudie. Dette fordi etiske overveielser stort sett er med gjennom hele prosessen, fra planlegging til avslutning. Jeg ser dem som en selvfølgelig del ved så godt som alle deler av en slik studie. Nettopp derfor mener jeg det også er viktig å skrive om dem. Det er mennesker som utgjør grunnlaget for oppgavens tematikk, og det er menneskers erfaringer som utgjør empirien i oppgaven. Disse menneskene har gjennomgått vanskelige følelser i en sårbar tid, som de forteller om ved intervjuene. De etiske overveielsene jeg som forsker må ta er vesentlige både med tanke på å kunne fremskaffe et rikt og godt datamateriale, og for en forståelig fortolkning og resultatpresentasjon som ikke virker krenkende eller belastende for informantene. Dette sistnevnte har jeg tenkt mye gjennom i min gjengivelse av sitater og min fortolkning av disse og hvert intervju i sin helhet. Jeg kan likevel ikke være sikker på at mine tolkninger ikke misoppfattes eller sees som uriktige i forhold til hva informantene selv har ment å få frem. Som forsker i denne studien er det mitt ansvar å reflektere over mulige konsekvenser for deltakerne, og for den større gruppen de representerer (Kvale & Brinkmann, 2010, s.91). Det etiske prinsippet om velgjørenhet er sentralt her; risikoen for å skade en deltaker vil kanskje ikke være lik null, men den skal være minst mulig.

Rent praktisk og formelt sett, før datainnsamlingen begynnes, skal oftest et forskningsprosjekt hvor det forskes på mennesker her i Norge vurderes hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). For å finne ut om mitt prosjekt måtte fremlegges for komiteen måtte jeg fylle ut en fremleggsvurdering. Denne ble sendt til REK for vurdering av eventuelt behov for å søke godkjenning for prosjektgjennomføring. Dette ble gjort i september 2012, og vurderingen var at prosjektet ikke var fremleggelsespliktig da det falt utenfor komiteens mandat (Vedlegg 4). Datamateriale som brukes i oppgaven er anonymisert, og enkeltpersoner skal ikke være gjenkjennbare. Prosjektet var likevel meldepliktig til Personvernombudet for forskning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD) da det skulle brukes elektroniske hjelpemidler som lydopptaker og PC ved intervjuene, og for kontakt med informantene. Prosjektet ble meldt og godkjent fra NSD i september 2012 (Vedlegg 5). Det ble meldt en frist for anonymisering eller sletting av personopplysninger, derunder lydopptak. Denne ble først satt til utgangen av 2013. Det har vært meldt inn utsettelse av denne fristen til NSD på grunn av behov for forlenget tid til gjennomføring av

prosjektet. Disse sentralstyrte tiltakene er svært viktige for å sikre ivaretagelse av lovpålagte plikter for forskningsinstitusjoner knyttet særlig til personvern og helseregistrering.

Planlegging av prosjektgjennomføring for sikring av god informasjon og konfidensialitet for deltakerne ligger til grunn for en slik godkjenning (NSD, 2012; REK, 2012).

Helsinkideklarasjonen (1964) setter standarden for de etiske prinsippene i medisinsk forskning som omfatter mennesker per i dag. Etiske retningslinjer for forskere fremmer gjennom Helsinkideklarasjonen tre grunnprinsipper forskere må forholde seg til i sin forskning; *informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser*. Jeg vil i det følgende ta utgangspunkt i disse tre prinsippene, og støtter meg til Kvale & Brinkmann (2010) sin redegjørelse av dem.

### **3.1 Informert samtykke og konfidensialitet**

Frivillig deltagelse var en forutsetning for utvalget i studien. Det er ment å sikres gjennom et informert samtykke. De aktuelle mødre som viste interesse for deltagelse i studien fikk et informasjonsskriv hvor formål og fremgangsmåte for studien ble forklart. Det ble også nevnt mulige fordeler og ulemper ved å delta. Som vedlegg til informasjonsskrivet lå et informert samtykke til signering og datering av vedkommende som ville delta. Dette ble samlet inn ved intervjuet av undertegnede. Det informerte samtykket er ment å sikre at informantene har fått nødvendig forhåndsinformasjon, samt frivillig deltagelse med mulighet til å trekke seg underveis i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2010).

I informasjonen som ligger forut for et informert samtykke er det viktig at deltakeren får vite hvem som har tilgang til datamaterialet, at det vil behandles konfidensielt og hva som vil skje med materialet etter studiens avslutning. Konfidensialiteten har blitt ivaretatt på best mulige måte ved at navnelister med e-postadresse og samtykke har blitt oppbevart på en privat PC, låst med personlig passord. Det har ikke blitt dobbeltlagret, foruten informantenes e-postadresser for å sikre kontakt dersom teknologisk svikt. Disse ble skrevet ned og oppbevart i låsbar skuff. I informasjonsskrivet ble det informert om at lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt. Deltakerne har blitt informert om utsettelse på grunn av forskjøvet tidsramme via e-post.

Konfidensialitetskravet er ikke uproblematisk og må ligge høyt oppe i underbevisstheten i et kvalitativt intervjustudie. Det informantene sier må gjengis i noen grad, og fortolkes.

Gjengivelsen må være slik at det som faktisk sies kommer frem, men ikke så direkte at vedkommende kan gjenkjennes. Spesielle ord og uttryksmåter som kan synes å være betegnende for den enkelte informant har blitt omgjort til noe synonymt, og sitatene er skrevet i bokmålsform til tross for eventuelt andre dialekter hos informantene. Eventuelle navngitte personer i deres omgivelser, som mann, navn på barn eller annen familie har blitt utelatt og de omtales heller som ”samboer”, ”mann”, ”baby”, ”hennes foreldre”. Det er også forsøkt å ikke være for spesifikk i plasseringen av den enkelte med hensyn til bosted og arbeidsområde etc. Jeg har likevel ingen garantier for at de ikke er gjenkjennbare for personer som kjenner vedkommende godt.

### **3.2 Konsekvenser**

Jeg har vært inne på et sentralt område hva angår konsekvenser i kapittelets innledning, nemlig viktigheten av å forholde seg til den mulige belastning eller skade deltagelsen i studien kan påføre informantene. Kvalitativ forskning er i stor grad kjennetegnet ved åpenhet og nærhet i relasjon mellom forsker og deltaker. Det krever stor bevissthet fra forskerens side å holde en nødvendig profesjonell distanse for ikke å gli over i det Kvale & Brinkmann (2010) kaller en kvasiterapeutisk relasjon når intervjuet angår personlige tema. Dette tenkte jeg ekstra nøye over i de intervjuene hvor jeg kjente til intervjupersonen fra tidligere. Jeg kan ikke utelukke at vår relasjon kan ha preget intervjuet i noen grad. Samtidig kjente jeg også på en frykt for å trå for nært i intervjusituasjonene. Vel vitende om betydningen min evne til å finne en god balanse mellom distanse og nærhet i intervjusituasjonen kan ha for både intervjupersonens opplevelse, og for kvaliteten på datamaterialet, er det likevel vanskelig å vite helt hvor grensene går. Som novise i forsker- og intervjurollen kjenner jeg nok mer usikkerhet rundt dette enn en erfaren forsker ville gjort.

Det fins konsekvenser av både positiv og negativ art, og deltakerne ble på forhånd informert om mulige fordeler og ulemper. En fordel i selve intervjusituasjonen kan være muligheten for å snakke nokså fritt rundt egne opplevelser uten hensikt om bruk i en vurdering av tilstand eller til behandlingsformål. En ulempe kan være de følelsesmessige reaksjoner som kan vekkes opp igjen ved samtale om følsomme tema. Det var viktig for meg å informere deltakerne om at de sto fritt til å sette grenser dersom de kjente det ubekvent og at det til tross for å samtykke til deltagelse var lov å velge hva og hvordan de ville svare. Det oppsto

imidlertid ingen situasjoner under de seks intervjuene som utmerket seg ved at informanten fikk sterkere følelsesmessige reaksjoner. Samtlige intervju ble også avsluttet med at deltakeren hadde mulighet til å si noe om hvordan det var å delta. Ingen fortalte om ubehageligheter eller negative opplevelser til undertegnede. I denne sammenhengen var det noen av dem som sa at de ble motivert av muligheten til å kunne bidra til økt kunnskap rundt problematikken og at det slik kunne være til hjelp for andre.

### **3.3 Forskerens rolle og intervjusituasjonen**

Utførelsen av kvalitative forskningsintervju gjøres oftest av forskeren selv, og setter som beskrevet en del krav til forskeren som person, hva angår både væremåte og faglighet. Krav til forskeren angår også vitenskapelig kvalitet på resultatene som legges frem. Gyldighet og representativitet for forskningsområdet står sentralt i den sammenheng. Disse områdene er omtalt i metodekapittelets avsnitt 2.9.

Ved kvalitative forskningsintervju er det allerede omtalte grenseområdet mellom profesjonell distanse og personlig vennskap viktig å være seg bevisst. En fare i den forbindelse kan være å identifisere seg for sterkt med deltakerne slik at den profesjonelle distansen svinner og fortolkning og funn er ut i fra deltakernes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2010, s.92). Som Kvale & Brinkmann (2010) hevder, påvirker det menneskelige samspillet i intervjuene informantene, og kunnskapen som produseres gjennom intervjuet påvirker vårt syn på menneskets situasjon. Samspillet mellom intervjuer og intervjuperson er, i henhold til Kvale & Brinkmann (2009) fullt av etiske spørsmål. Det er kanskje først og fremst på grunn av et asymmetrisk maktforhold. Informanten har mindre mulighet til selv å kontrollere en intervjusituasjon, og spesielt når tematikken er sensitiv (Hydén, 2001).

I mitt utvalg ønsket jeg at informantene skulle være over den tunge perioden med depresjon eller psykisk reaksjon, slik at de i forkant hadde rukket å reflektere over det de har vært igjennom og er i stand til å vurdere hvordan de vil håndtere å delta i et slikt intervju. Det kan også være lettere å snakke om overstått tid man kan se tilbake på (Hydén, 2001). Ved samtale om sensitive tema i intervjuene ble det ved et par anledninger behov for en kortere pause. Jeg forsøkte da å vise støtte og forståelse i situasjonen, uten å gå for nært eller tre inn i en omsorgs- eller terapeutrolle. Jeg opplevde at denne balansegangen ble håndtert fint, og at informantene også var opptatt av å holde sin rolle som intervjuperson og hente seg inn igjen der det ble litt vanskelig. Som ledd i å styrke min integritet som forsker og intervjuer gjorde

jeg noen grep for å øke egen kunnskap om tematikken før intervjuene ble utført. De besto særlig i kunnskapshenting fra litteratur om fødselsdepresjon, psykiske reaksjoner i barseltid og om psykologiske aspekter ved å bli mor. Jeg ser også på samtalene jeg hadde med helsesøstre og mennesker som arbeider med denne gruppen til daglig som sentrale i min forberedelse for å møte kvinnene til intervju.



## **4.0 TEORETISK RAMMEVERK**

I min søken etter kvinners opplevelse av det å bli mor og gjennomgå en fødselsdepresjon, eller lignende psykiske reaksjoner, har jeg ønsket å se på deres egne beskrivelser av situasjonen og erfaringen. Jeg har ønsket å se opplevelsene deres i lys av den sosiale og kulturelle konteksten den enkelte står i, og hvordan det sosiokulturelle aspektet har betydning for det opplevde. Sammen med min egen for forståelse og innholdet i det empiriske materialet har det ovennevnte vært styrende for valg av de teoretiske rammene. Den mentale omstillingen fra å være en kvinne som styrer dagene sine etter egne behov og gjøremål, til å være mor med ansvaret og hverdagsendringen det innebærer, ser jeg som en sentral og mulig utløsende faktor for de reaksjoner som oppstår. Dette individuelle, psykologiske aspektet ved morsrollen sees i sammenheng med generelle kulturelle trekk i samfunnet og den enkeltes relasjoner og sosiale situasjon. Jeg anser det relevant for en kvinnes opplevelse av å bli mor hvorvidt hun har tilgang på hjelp og støtte i sitt sosiale nettverk, og hvilke krav og forventninger hun møter fra andre og hos seg selv. De opplevde forventningene står sentralt. Hvordan moderskapet er blitt forstått gjennom historien finner jeg aktuelt for å se dagens syn på morsrollen og moderskapet i et større perspektiv. Det bringer inn en feministisk retning. Det har skjedd store endringer, både for kvinner generelt og for ferske mødre, på flere arenaer, som bidrar til å forklare hvorfor det kan oppleves slik det gjør å bli mor i Norge og i vestlig samfunn i dag. I den forbindelse er det også relevant å se litt på foreldrerollene og endringene likestillingen har medført også for far i et foreldreskap.

De valgte teoretikerne er trukket inn på bakgrunn av deres tydelige meninger om og forståelse av moderskap, og hvilken betydning det har i en kvinnes liv. De representerer ulike vinklinger til tematikken, og bidrar dermed til en mer nyansert forståelse som jeg opplever nyttig inn i analysen av de enkelte informantenes historier.

### **4.1 Psykologisk aspekter ved det å bli mor**

Det å bli mor, eller forelder, innebærer ofte større endringer i livet enn mange tror. Å sette et barn til verden markerer et trinnskifte i en kvinnes liv. Endringen kan være på godt og vondt. Det sees oftest på som en fantastisk opplevelse, men for noen kan det bli svært vanskelig. Den

store livsendringen gjør kvinnen mer sårbar med tanke på sin psykiske helse (Haga, Lynne, Slinning & Kraft, 2011).

Psykiateren og psykoanalytikeren Daniel F. Stern (1934 -) har blant annet befattet seg med den indre, psykologiske opplevelsen av det å bli mor. Han ser det slik at en mor fødes psykologisk, slik barnet fødes fysisk (Stern & Bruschweiler-Stern, 2000). Morsfølelsen er en ny identitet, og kvinnens mentale innstilling endres ved at hun blir mor. Det kan derfor ta tid for en kvinne å bli mor i psykologisk forstand, selv om de fleste vil si hun er blitt mor i det øyeblikket barnet er født (Stern & Bruschwellwer-Stern, 2000). Stern kaller den nye mentale innstillingen for ”motherhood constellation”. Med det settes morsrollen på førsteplass og andre behov og realiteter i livet settes i bakgrunnen. Hennes interesse og tankevirksomhet stilles inn mot babyen i størst grad, og alt annet får mindre fokus. Det er ikke bare forholdet til barnet som utgjør den relasjonelle endringen. Stern hevder at det er spesielt to andre forhold i tillegg til forholdet til babyen som opptar den nye moren i større og endret grad en tidligere; forholdet til egen mor og forholdet til seg selv. Moren sett som mor til et barn – henne, får større betydning og mer oppmerksomhet. Forholdet til henne selv endres ved at hun gradvis ser seg selv mer og mer som mor. Disse tre relasjonelle forholdene opptar den nye moren i stor grad, og endringen er størst ved det første barnet (Stern, 1995, s.172). I henhold til Stern er det flere omstendigheter som følger med den mentale endringen; moren blir mer opptatt av vekst og utvikling enn for eksempel av karriere, og hun blir mer opptatt av kvinner generelt som mødre, av mannen sin som faren til deres barn, mer enn hennes seksualpartner og livsledsager. Etter hvert integreres som oftest alt dette og identiteten balanseres, men det kan ta tid. For noen kan endringen by på større vanskeligheter og integreringsprosessen av morsrollen kan bli en tid preget av frustrasjon og ambivalente følelser med mulig langvarige følger (Stern, 1995; Brudal, 2007).

Selv om dette kan sees som en naturlig prosess og kanskje også en nødvendighet, er det ikke dermed sagt at det oppleves uproblematisk for kvinnen. Endringen er markant og det er store individuelle forskjeller i hvordan den håndteres. Et studie utført av Haga og kolleger (2011) søkte å finne forklaringer på hvorfor noen reagerte med depressive symptomer og vansker som førstegangsmødre, mens andre så ut til å takle det fint. De fant at det var av betydning hvordan kvinnens innstilling var før hun fikk barn, mens hun ventet det, og hvordan hun følelsesmessig reagerte etter fødselen. Kvinner som var vant til å ha stor grad av kontroll og styring over hverdagen sin, hadde også gjerne forventninger til hvordan fødselen skulle gjennomføres og hvordan spedbarnstiden ville bli. Når forventningene ikke ble møtt, og

uforutsette situasjoner oppsto, reagerte de med frustrasjon og depressivitet. Kvinnene som hadde en mer avslappet holdning til hvordan det hele skulle arte seg, så ut til å håndtere uforutsette hendelser bedre og klare seg bedre. Studien viser også at forhold som sosial støtte og mestring av amming hadde betydning for hvordan de hadde det (Haga et al, 2011).

Det er ikke bare selve endringen i livssituasjon som kan være utslagsgivende for psykologisk sårbarhet i rollen som ny mor. Enkelthendelser i denne endringen kan få stor betydning for opplevelsen og konsekvenser av den. Lisbeth F. Brudal (2007) er inne på ulike utgangspunkt for at kriseteori er aktuelt å se på når det gjelder fødsel og perinatalperioden. Flere faktorer kan gjøre svangerskapet eller tiden etterpå til en kriseartet opplevelse, og frembringe symptomer forenlig med PTSD (post-traumatic stress disorder). Fødselen kan være en slik opplevelse, og for eksempel etterfølges av gjentatte mareritt om nettene. Opplevelsen, og en mors beskrivelse av fødselen, kan være forskjellig fra hvordan den beskrives i en medisinsk journal. Følelsen av mestring og kontroll i situasjonen kan være avgjørende for om hun opplever fødselen traumatisk og får en krisereaksjon (Brudal, 2007, s.64). Det å skulle håndtere en krisereaksjon kan føre til følelsen av å være en dårlig mor, og opplevelsen av manglende morsfølelse, da energien går med til egne reaksjoner og bearbeiding av en traumatisk opplevelse.

## **4.2 Sosiokulturelt perspektiv på moderskapet**

Synet på moderskapet har endret seg mye gjennom historien, og det er kulturelle forskjeller i hva som kjennetegner en god mor. Den norske sosiologen Anne Lise Ellingsæter, skriver at endringen i normer for hva som ligger i begrepet ”den gode mor” styres av en tett underskog av moderskapsdiskurser. Disse diskursene er prosesser der regler for den gode mor etableres (Ellingsæter, 2005, s.374). Hun støtter seg til den engelske sosiologen Carol Smart i sin kritiske tilnærming til normene som etableres for nye mødre. Ellingsæter (2005) deler inn diskursene om moderskapet i omhandling av det biologiske moderskapet og av det sosiale moderskapet. I det sosiale moderskapet ligger alt omsorgsarbeidet mødre gjør for sine barn foruten det biologiske, inkludert fysisk og psykologisk omsorg og økonomisk forsørgelse. Det biologiske er nok det vi hører mest om og omhandler graviditet, fødsel, amming – rett og galt innenfor disse periodene (Ellingsæter, 2005, s.375). Ulla Holm, svensk kjønnsforsker, skiller på tilsvarende vis mellom biologisk moderskap og det hun kaller *mødring*. Mødring innebærer det en mor oftest gjør og utgjør for barnet sitt, men det betinger ikke at det gjøres

av en kvinne, eller at hun har født barnet (Holm, 2008). Omsorg for et barn er noe vi lærer oss (Holm, 2008, s.324).

I vestlig kultur har imidlertid kjærlighet og omsorgsevne i moderlighet blitt sett som en naturlig følge til det å føde et barn. Dette synet regnes å ha vokst frem fra 1900-tallet. Inntil da ble omsorgsevne betraktet som noe tillært, heller enn en iboende naturlig kvalitet hos kvinnen (Ellingsæter, 2005, s.376). Lenge var det regnet som viktigst at kvinnen var en god hustru og skaffet mannen arvinger. De huslige ferdighetene ble stilt høyere enn de moderlige, helt frem til midten av 1900-tallet. Endringen til et fokus på kvinnens naturlige potensiale som god mor skjedde gradvis. Den startet med innføringen av begrepet morskjærlighet på slutten av 1700-tallet, og ble styrket med Sigmund Freud og psykoanalysen på 1900-tallet (Ellingsæter, 2005; Sørensen, 2008).

#### **4.2.1 Den gode mor og dagens foreldreroller**

Store endringer har funnet sted for kvinners posisjon med den nye kvinnebevegelsen og likestillingen, spesielt fra 1970-årene. Det gjelder både i arbeidsliv, i hjemmet og i forhold til selvrealisering. Det er i dag å regne som forventet at begge parter i en husholdning arbeider og bidrar til husholdningens økonomiske trygghet i motsetning til tidligere hvor det var i stor grad forventet at mor var hjemme og stelte hjem og barn, mens mannen arbeidet inn familiens levebrød. I dag er det oftest en økonomisk nødvendighet at begge parter har inntekt, med mindre den ene tjener svært godt.

Som Ellingsæter (2005) hevder, har ikke synet på den gode mor endret seg i særlig grad i tråd med denne endringen i mødres hverdag. Nå skal mor prestere på flere arenaer, og helst like godt på alle. Selvrealisering, utdanning og karriere skal kombineres med god omsorg for barna og en god hånd om hus og hjem, samt sosialt liv. Dette gjelder ikke bare mor. Fedres rolle har samtidig endret seg betraktelig. Han har større del i barnas omsorg og oppdragelse enn før, og mor og fars roller er mer like. Dette signaliseres gjennom økt bruk av det kjønnsnøytrale ”foreldre” i omtale av ansvar og omsorg for barna. Helene Aarseth (2010) bruker betegnelsen dobbelt likestillingsmodell som rådende for dagens norske par i utdanningsmiddelklassen. Mor og far er likestilt med hensyn til innsats i arbeidsliv, og i arbeidsfordelingen hjemme. Endringen ligger først og fremst i at småbarnsmødre jobber mer og mer, og fedre tar større andel av foreldreansvaret (Aarseth, 2010).

Likevel er ikke de underliggende kjønnsulike realitetene opphevet, hevder Ellingsæter (2005). For eksempel mener hun at kritikk som i dag går på at foreldre bruker for lite tid med

barna og at hverdagen er for jaget, først og fremst fanges opp av mødrene (Ellingsæter, 2005, s.375). Hensynet til barnets beste står sterkt i dag, og kommer ofte i konflikt med de voksnes mange andre krav i hverdagen. Mødrene står med dårligst samvittighet for dette, i følge Ellingsæter. Det er med på å illustrere at synet på hva som kjennetegner en god mor ikke er endret i særlig grad. Det er fortsatt egenskaper som omsorg, varme, kjærlighet og ømhet som står sentralt; en mor som ser barna og er tilgjengelig for dem. Det krever at hun tar seg tid til barna sine.

En annen side ved det å føle seg og sees som vellykket mor, kvinne og husmor i dag er det å vise frem hjemmet som et symbol på familiens lykkelige liv og velstående. Få mødre er hjemmeværende på heltid i dag, men allikevel er husmoridealet eksisterende, og mor skal prestere også der. Gullestad (1989) hevder at hjemmet som helhet i noe større grad assosieres med kvinnen enn med mannen. Denne oppfattelsen anses å fremdeles være eksisterende. Hjemmet i norsk kultur er mye mer enn et praktisk sted å bo og varme seg. Det representerer hvem vi er som personer og familie, både ved hvordan vi møblerer og innreder, og ved fargevalg, renhold og ryddighet. Sosialt sett er det nok et ønske om å fremstå som vellykket og velorganisert ved det å invitere venner og kjente inn i et ryddig, rent og pent møblert hjem. Det viser også til sosial og økonomisk status. Jeg finner støtte i Gullestads (1989) analytiske fremstilling av hjemmet i disse påstandene. Hun omtaler hjemmet blant annet som ”et fortettet symbol for svært mye av det som er viktig for oss”(Gullestad,1989, s.51). Helene Aarseth (2010) retter også fokus på det hun kaller de moderne familienes ”gjør det selv”-orientering på hjemmebane, til tross for aktive yrkesliv utenfor hjemmet. Investeringen i familie og hjem egges for eksempel i oppussingsprosjekter og hjemmelaget mat. Hun viser videre hvordan dette anses å ha dype røtter i norsk kultur ved at industrialisering og urbanisering inntraff sent i Norge (Aarseth, 2010, s.35). Bonde og småbrukertradisjonen har vært gjeldende i lang tid, og det er først nå i vår tid at denne tradisjonen ser ut til å svinne mer og mer hen grunnet industrialiseringen og behovet for storproduksjon med helt andre arbeidsforhold enn de familiedrevne småbrukene. Slike kulturelle trekk mener hun trolig har bidratt til at det fremdeles er mest vanlig å gjøre husholdningsarbeidet i hjemmet selv. Andre steder i verden er det i større grad vanlig at én, da gjerne kvinnen, er hjemmeværende og tar seg av barn og hustell, eller man har innleid arbeidskraft i hjemmet (Aarseth, 2010).

#### **4.2.2 Amming**

Amming er et annet sentralt tema i debatter om spedbarnsomsorg og morsrollen. Det å amme sitt barn står som selve symbolet på de egenskapene beskrevet over, og som regnes som

moderlige. Det står positive forbindelser mellom amming og moderskap, og amming og barnets helse (Ellingsæter, 2012, s.139). Slik kan amming sees som et bindeledd mellom mor og barn, og dermed som sentral for tilknytningen mellom dem. Helsefordelene ved amming har blitt tillagt økende betydning gjennom de siste tiårene, i hele den vestlige verden.

Fokus på amming og dens positive virkninger for barnet, og for moren, er ikke noen nyere oppdagelse. Allerede på slutten av 1700-tallet ble det oppdaget av mødre i overklassen at det ga moren selv positive effekter å amme sitt barn. Det fremheves en slags navnløs, dels legemlig, dels åndelig vellyst. Samtidig ble det fremhevet de positive effekter ammingen syntes å ha for barnets helse, sunnhet og overlevelse (Løkke, 2012).

Anne Løkke (2012) omtaler videre det hun kaller et biokulturelt aspekt når det gjelder amming, på lik linje som ved andre kroppslige prosesser. Det begrunnes med at ammingen alltid finner sted i samspill mellom den enkelte kvinnes biologiske potensiale og den kulturbetingede forståelse av hva som er riktig i forhold til amming og hvordan man skal amme (Løkke, 2012, s.164). Kroppen er således aldri kun biologi. Det er av stor og avgjørende betydning hvordan den aktuelle prosessen fortolkes i lys av den sosiokulturelle konteksten kvinnen lever i.

Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder amming per i dag, og har vært et av Europas mest ammende land over århundrer. Innføringen av såkalte mor-barn vennlige sykehus på 1990-tallet bidro til en enorm økning i antall mødre som ammet barna sine (Nylander & Bærug, 2001). Det har blitt tilrettelagt for amming, og helst fullamming i inntil seks måneder, ved forlengede permisjonsordninger og ved vektlegging av gode ammeinstrukser og muligheter for hjelp med ammingen ved barselavdelingene. Som resultat av dette har i dag bare 1 % av norske barn aldri fått morsmelk, og 80% ammes fremdeles når de er seks måneder (Nylander & Bærug, 2001). Likevel hevdes det at norske mødre ikke ammer nok, fordi det er et mindretall som ammer i tråd med norske og internasjonale ammeanbefalinger, både med tanke på lengde av fullamming og av ammeperiode totalt (Nylander & Bærug, 2001).

#### **4.2.3 Konsekvenser av øket alder for førstegangsfødende**

Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende her i landet, og i Europa generelt, har vært stadig økende de senere år. I henhold til statistikk fra Folkehelseinstituttet (2015), var norske kvinner i gjennomsnitt 25,2 år da de fikk sitt første barn i tidsperioden 1986-1990, mens i 2012 var gjennomsnittlig alder for førstegangsfødende steget til 28,5 år. Det er gjort en del

forskning rundt helserisiko ved høy fødealder som har funnet at det for eksempel er høyere risiko for komplikasjoner under svangerskap og fødsel, og for spontanabort og dødfødsler. Men det er gjort mindre forskning i forhold til de mentale og sosiale aspektene ved det å få barn i høyere alder. I en nylig produsert doktorgradsavhandling, retter Vigdis Aasheim (2013) fokus på nettopp tematikken med konsekvenser av øket alder for førstegangsfødende. Gjennom forskningsprosjektet avhandlingen er tilknyttet fremkommer at det er økende depresjonssymptomer blant førstegangsfødende fra 32 år og oppover, samt en noe lavere tilfredshet med tilværelsen blant de eldre mødre enn de med alder opp til 31 år ved fødsel.<sup>3</sup>

### **4.3 Sosiokulturelt perspektiv på psykisk lidelse**

Hensikten her er ikke å bruke en sosiokulturell vinkling for å se på forklaringsmodeller for psykisk lidelse, men mer for å se på hvilket syn vi i vårt vestlige samfunn har på psykisk sykdom og på personer som blir psykisk syke i dag. Fødselsdepresjon er en psykisk lidelse på lik linje med annen depresjon, i klinisk forstand. Men det er en lidelse som ofte har forholdsvis kort varighet og som man oftest blir frisk av. Begrepet klinisk psykisk lidelse rommer imidlertid ikke all psykisk symptombelastning og livsproblemer, slik jeg forstår Malt, Andreassen, Melle og Aarsland (2012). Bruken av ordet fødselsdepresjon i hvert enkelt tilfelle er som tidligere antydte ikke ensbetydende med oppfyllelse av de medisinske diagnosekriteriene. Terminologien psykisk lidelse kan da med rette kjennes noe fjernt og brutalt for de som for eksempel opplever depressive symptomer uten at tilstanden er diagnostisert som en fødselsdepresjon.

#### **4.3.1 Den medisinske forståelsen – utfordringer og innvendinger**

”Diagnoser fødes, gjør karriere, og dør”, skriver idéhistoriker Karin Johannisson (2007, s.19). Med det illustrerer hun noe av den kulturelle innflytelsen på medisinske diagnoser. Diagnoser endrer seg som følge av ny kunnskap og ny forståelse, og må sees i sammenheng med den tidsperioden de opererer innenfor (Johannisson, 2007). Det er også kulturelle variasjoner i hva som oppfattes som helse og sykdom (Lian, 2012, s.39). Lisbeth F. Brudal (2007) mener fødselsdepresjon er i ferd med å bli en motediagnose, ved det hun kaller en gynekologisering av kvinnen i moderne tid. Det å patologisere de psykiske reaksjonene ved å sette diagnose på dem, er hun redd ofte fører til størst fokus på medisiner, og påfølgende passivisering av

---

<sup>3</sup> Forskningsprosjektet Postponing motherhood er pågående og tar utgangspunkt i data fra den norske Mor-Barn Studien (MoBa)1999-2009.

kvinnen. Hun tar til ordet for bruk av det hun kaller en kontekstuell modell å se disse reaksjonene gjennom, fremfor en medisinsk sykdomsmodell (Brudal, 2007). Hun mener altså ikke å neglisjere viktigheten av å fange opp problemene og sikre oppfølging for kvinnene, men synet på denne problematikken uttrykker hun er avgjørende for hvordan oppfølgingen og utfallet blir.

Når man betrakter et problem i medisinske termer, dreier det seg om medikalisering (Lian, 2012, s.39). Hvordan man betrakter et problem er med og avgjør hvordan vi forstår og møter problemet. Medikaliseringen innebærer at vi tar i bruk medisinsk terminologi på alle plan i håndteringen av problemet (2012, s.40). Medikaliseringstendensen i vårt moderne samfunn er høyst aktuell når det gjelder fødselsdepresjon. Medisinen har fått en stadig større rolle i samfunnet vårt, og med det et mer medisinsk tenkesett i befolkningen (Norvoll, 2004, s.47). Med det følger en tendens til at psykiske tilstander som tidligere ble sett på som en type adferd, eller et periodisk problem, nå patologiseres som psykiatriske diagnoser (Norvoll, 2004). Det er dette Lisbeth Brudal, blant andre, tar til motmæle mot når det gjelder psykiske reaksjoner etter fødsel. Brudal skriver at symptomene heller kan sees som kommunikasjon, som ressurser ved at kvinnen signaliserer at hun er ute av balanse og ønsker å bli sett. Signalene må imidlertid oppfattes og reageres på av en mottaker. Symptomer er språk (Brudal, 2007, s.92). Reaksjonene etter en fødsel kan være sammensatte og mangfoldige og kan bringe mor ut av balanse. Dersom moren ikke får bearbeidet opplevelsen, ubalansen vedvarer og kvinnen ikke finner roen igjen selv, betegner Brudal (2007) det som en tilstand av fødselsuro, heller enn fødselsdepresjon. Hun anser betegnelsen fødselsuro som mer beskrivende for tilstanden, som ofte i tillegg til nedstemthet også innebærer for eksempel angst og forvirring.

#### **4.3.2 Skam og stigma**

Det eksisterer fremdeles en del tabuer når det gjelder psykiske lidelser og det å streve psykisk. Selv om det har vært et samfunnsmessig økt fokus på denne problematikken de senere år, og det har kommet til øket åpenhet, er det enda lang vei å gå før det eksisterer like stor toleranse og åpenhet rundt psykiske helseproblemer som for somatiske lidelser. Frykten for å bli stigmatisert som en psykisk syk er i høy grad eksisterende. En strategi blir da å velge bort å fortelle andre om problemene. Stigma-begrepet far, Erving Goffmann (1922-1982) hevder i følge Norvoll (2004), at den strategien ofte medfører en frykt for å bli avslørt, og følelsen av skam vokser frem.



Begrepet stigma er velkjent innen sosiologi og psykiatri og kan forstås som konsekvensene av våre automatiske fordommer mot visse grupper og individer i samfunnet. I henhold til Norvoll (2004) mente Goffman at reell stigmatisering fører til diskriminering og ekskludering fra en del sosiale sammenhenger. De samme fordommene eksisterer hos den som blir syk, og reaksjonene fra omgivelsene fryktes dersom de får vite om lidelsen (Norvoll, 2004, s.100-101). Fødselsdepresjon og andre psykiske reaksjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel har vært forklart delvis som et utfall av hormonelle endringer, og har dermed kanskje ikke hatt den samme grad av stigmatisering som en del andre psykiske lidelser. Denne forklaringen har man nå gått bort fra. Det er nokså godt dokumentert at det er kun i sjeldne tilfeller hvor det forekommer en forstyrrelse i thyroidea at det kan gi seg utslag i en depresjon, noe som feilaktig har blitt diagnostisert som fødselsdepresjon (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014). Med denne kunnskapen kan det tenkes at personer som gjennomgår fødselsdepresjon eller lignende kjenner seg stigmatisert i større grad fordi stigmatisering i stor grad settes i sammenheng med hvilken grad av kontroll en person har over tilstanden sin og hvilket ansvar personen selv har for situasjonen (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). Kan man legge skylden på de hormonelle endringene ligger det til grunn liten grad av egen kontroll og eget ansvar for tilstanden.

Ved fødselsdepresjon kommer i tillegg til skammen over det å slite psykisk, skammen over det å ikke ha taklet overgangen til morsrollen. Medier i dag, som for eksempel kvinnemagasiner, er fulle av anbefalinger og beskrivelser av hvordan man kan konstruere sitt liv både når det gjelder samliv, yrkesliv og familieliv med mål om størst mulig grad av lykke og vellykkethet. Med disse mulighetene for oppnåelse og valg kommer også økt risiko for å feile, og det kan oppleves som krav og press om vellykkethet, vel så mye som muligheter (Frønes, 2001, s.77). Hos de fleste forbindes et barns ankomst til verden med glede og lykke. Fødselsdepresjoner ser derfor ut til å ramme mødre spesielt hardt fordi det vekker både skam og skyldfølelse når gleden og den forventede morsfølelsen uteblir. Å dele denne avviksfølelsen med andre er for mange utenkelig (Slinning et al., 2012, s.70).

Frønes (2001) snakker om evnen til å mestre koder, og ens oppfattelse av at andre er opptatt av hvorvidt en mestrer ulike koder. Hva som er lenket til koden mor, og det å bli mor bestemmes mye ut fra sosiale normer – hva vi tror andre forventer av oss i den rollen påvirker våre egne forventninger til oss selv i en slik rolle (Frønes, 2001). Wyller (2001) beskriver skammens sosiale aspekt med denne setningen;

” Skammen er en skam over seg selv overfor den andre.” (Wyller, 2001. Side 12)

I et systematisk review gjort av Dennis & Chung-Lee (2006) hvor de har sett på kvalitative studier av erfaringer fra kvinner som har opplevd fødselsdepresjon, fremsto frykt for utestengelse, stigmatisering, opplevelse av sosialt press og forventninger, skam og frykt for å bli stemplet som annerledes som faktorer som hindret kvinnene fra å søke hjelp (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). Dette viser hvor destruktivt skamfølelse kan være, og hvor viktig det er å fortsette arbeidet med å bryte ned tabuene og bekjempe stigmatiseringen ved psykiske vansker i denne livsfasen. Konsekvensene ved ikke å søke hjelp kan være betydelige i form av vedvarende og alvorligere plager for mor, og sosial, emosjonell og kognitiv skjevutvikling hos barna (Pinto-Folz & Logsdon, 2008; Murray & Cooper, 1997; Azak, 2010)

#### **4.4 Feministiske perspektiver**

For et bredere og mer historisk blikk på kvinner og moderskapet, har jeg funnet det nyttig å lese noe feministisk teori. Jeg har i den forbindelse funnet det interessant å trekke frem to teoretikere fra ulike tidsepoker, fordi de begge står som svært sentrale i sin tid og for sine ulike syn på moderskapets innvirkning og betydning i en kvinnes liv. De er begge omdiskuterte teoretikere som har sterke tilhengere, men også har fått krasse kritikker. Begge har likevel, slik jeg ser det, bidratt med synspunkter og oppfatninger som har vært relevante for at kvinners ståsted i vestlig verden er der det er i dag. Det er særlig Simone De Beauvoir (1908-1986), fransk filosof og forfatter, og Julia Kristeva (1941 -), fransk psykoanalytiker og lingvist, bulgarsk av opprinnelse, som jeg her vil diskutere. Det som presenteres her er hovedtrekk som er aktuelle å trekke inn for forståelse og nyansering av de funn som gjøres gjennom tolkningen av oppgavens empiriske materiale. Deler av det som presenteres her vil jeg også trekke videre inn i diskusjonsdelen.

*Simone De Beauvoir* er kanskje den mest kjente av historiens feminister, i alle fall den som kommer klarest til uttrykk i sin tidsperiode. Hun fremmer særlig i boken *Det annet kjønn* fra 1949 at kvinner har like stort behov for og rett på intellektuell utvikling og frihet til å velge i sine liv som menn. Den mest kjente tesen fra denne boken er; ”*Man fødes ikke som kvinne, man blir det*”. Med denne påstanden tar hun et oppgjør med de oppgaver og egenskaper som tillegges kvinnen på bakgrunn av kjønn allerede fra tidlige barneår. Hun poengterer med tesen at det er et skille mellom biologisk og sosialt kjønn, eller ”sex” og ”gender”. Dette skillet har hatt stort fokus innen feministisk teori de senere år. De Beauvoir skriver angående vårt medfødte kjønn at både guttebarn og jentebarn har samme utgangspunkt og utforsker verden,

seg selv og omgivelsene på samme måte (Beauvoir, 2000). Den kulturelle kvinneligheten blir formet hos hver enkelt kvinne fordi hun er fysiologisk født kvinne, eller Den andre. Simone De Beauvoir ble en stor inspirasjon for mange kvinner ved måten hun levde livet sitt på. Hun var nok i stor grad med på å åpne nye veier for kvinners muligheter til intellektuell utvikling og selvrealisering.

Hun så moderskapet som kanskje den mest sentrale hindringen for kvinnen til å kunne realisere seg selv. Moderskapet står som selve fullbyrdelsen av kvinneligheten, og kvinnen er fanget inn i dette som den selvfølgelig veien å gå (De Beauvoir, 2000). De Beauvoir så ikke på moderskapet som noe hun kunne eller ville gå inn i. Hun ville ikke la noe komme i veien for skrivingen, og fikk derfor aldri barn. Hun taler sterkt for abort, og kvinners rett til å kunne velge vekk morsrollen. I tråd med påstanden om at det er samfunnsmessig og kulturell miljøpåvirkning som skaper kvinnen som kvinnelig, ser hun heller ikke reproduksjon som noe nødvendighet for kvinnelig fullbyrdelse. Moderskapet er ikke et biologisk ”kall”. I forlengelsen av dette skriver hun også om kvinners ambivalente følelser i svangerskapet og som mødre ved at deres dypeste ønsker ikke stemmer overens med det de uttrykker og ansvaret de har påtatt seg med morsrollen (Beauvoir, 2000). Hun fremsetter gjennom dette barnets velvære som viktigere enn enkelte kvinners påtvungne behov for reproduksjon og moderskap. Hun peker på konsekvensene for barnet dersom det egentlig er uønsket. Barnet kan vokse opp med en ulykkelig og lite kjærlig mor. Konsekvensene av dette igjen er det ingen som bryr seg om. Med dette kritiserer hun også abortmotstanden i datidens samfunn. Når barnet først er satt til verden bryr ikke samfunnet seg om det lenger (Beauvoir, 2000). Beauvoir tar opp mange viktige og aktuelle tema som er av negativ karakter når det gjelder kvinnelig reproduksjonsevne og moderskapet. Hun rokker på dristig vis ved datidens ensidige syn på moderskapet som nærmest en nødvendighet for total fullbyrdelse av kvinneligheten. Forventningene om lykke og en slags fullkommenhet ved det å få barn er fremdeles eksisterende. På den måten er Beauvoir svært aktuell å trekke inn i denne oppgavens tematikk. Det vil vise seg tydeligere i analysekapittelet hvor informantenes historier og funn av disse presenteres. Jeg vil deretter forsøke å trekke disse poengene videre i drøftingsdelen mot slutten av oppgaven.

*Julia Kristeva* er opptatt av skillet mellom det fysiske og det psykiske moderskapet, at det å være moderlig ikke nødvendigvis henger sammen med det å være mor. I henhold til Huitfeldt Midttun (2008, s.45) hevder Kristeva at moderskapet kan dyrkes frem, det er kultur vel så mye som natur, og det fysiske forutsetter ikke det psykiske eller omvendt. Hun undergraver

ikke de faktiske forskjellene mellom kvinner og menn, men taler for likhetsbehandling på tross av forskjeller. I følge henne er det forskjeller mellom menn og kvinner og hvordan vi forholder oss til ulike tema, blant annet nettopp på grunn av de biologiske forskjellene med hensyn til fødsel og barn (Midttun, 2008, s.48). Dette er vesentlige forskjeller vi ikke kommer unna, og heller ikke skal prøve å komme unna, men som gjør kvinners posisjon viktig på samme måte som mannens er. Kvinner trenger ikke sammenlignes med menn for å oppnå likestilling, men bør finne sitt eget ståsted. Det bør letes etter hva kvinner ønsker å likestilles med, og ikke tas for gitt at det er mannens ståsted som er den ønskede målestokk (Owesen, 2010). Kristeva uttrykker; *For at virkelig likhet skal kunne realiseres, er vi også nødt til å anerkjenne forskjell og annerledeshet* (Owesen, 2010, s.246).

Julia Kristeva har skrevet en del om temaet annerledeshet. Hittil har jeg trukket frem annerledeshet i relasjon til kjønn og likestillingsarbeid. Det er også relevant å trekke inn paralleller fra hennes oppfatninger om annerledeshet direkte til målgruppen i denne oppgaven; mødre som har gjennomgått fødselsdepresjon. De representerer noen som avviker fra det normalt forventede. Jeg støtter meg til henne i tanken om at det er møtet med egen sårbarhet i møtet med mennesker som har en annerledeshet, eller opplever noe helt annet enn det som er forventet, som ofte skaper stigmatisering. Det kan tenkes at det oppstår en frykt for selv å møte slike følelser, eller *frykt for den fremmede i oss selv*, slik Kristeva uttrykker det (Johnsen, 2010, s.129). Personen representerer noe skremmende som er vanskelig å forholde seg til, og det skaper behov for distanse. Den som er syk eller annerledes blir så et offer for denne distanseringen (Johnsen, 2010; Heggen 2010).

Når det gjelder selve moderskapet mener Kristeva i tråd med feministisk filosofi at det tradisjonelle synet på kvinnen som altoppofrende for sitt barn, på grensen til selvutslettelse, bør forkastes. Selve moderskapet snakker hun frem som betydningsfullt ved det å være kvinne, men det er dette spesielle bildet av det hun kritiserer (Hamm, 2013). Hun hevder videre at kvinner mangler ord på å beskrive sine erfaringer som mødre. Mødre har således en stemmeløs posisjon, og mangelen på begreper for å omtale moderskapets erfaringer bidrar til utvikling av psykiske lidelser (Hamm, 2013). Med dette sier Kristeva, slik jeg ser det, at moderskapet representerer en sentral og omfattende del av en kvinnes liv, dersom hun blir mor. I motsetning til Beauvoir ser hun det ikke som et hinder for selvutvikling, men mer som en styrke. Problemet er imidlertid det at moderskapet fremstår akutt problematisk, fordi det er så uklart hva det faktisk skal inneholde (Hamm, 2013).

## 5.0 ANALYSE

I dette kapittelet presenteres så og si oppgavens kjerne. Informantenes fortellinger utgjør rådataene som jeg her presenterer i en narrativ form. Uten de seks fortellingene som det hadde ikke denne oppgaven kunnet bli noe av. I dette kapittelet presenteres utdrag fra fortellingene, eller narrativene, etterfulgt av en narrativ tematisk analyse av hvert enkelt narrativ. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet blir fortolket og sammenfattet, skriver Malterud (2002). Det tas utgangspunkt i problemstillingen, og stilles ut fra det spørsmål til materialet. Det kreves systematisk, kritisk refleksjon for å kunne finne og gjenfortelle mønstre og uttrykk som blir svarene (Malterud, 2002).

Den enkeltes fortelling sees som et narrativ ved at de er en måte for informantene å forsøke selv å forstå, få meg som intervjuer til å forstå, og gi mening, til opplevelsene sine. Det legges vekt på de enkelte hendelser eller opplevelser som utmerker seg ved tydelighet eller ved gjentakelser i informantenes fortellinger. Enkelthendelsene danner grunnlag for dannelsen av plottet i narrativene. Plottet fremstilles her i en undertittel innledningsvis for hver informant.

### 5.1 Eva

*Skammen hindret meg fra å snakke om det. Hvis bare noen hadde turt å spørre, hadde det kanskje ikke blitt så ille...*

Eva er flerbarnsmor og opplevde utviklingen av en fødselsdepresjon da hun fikk sitt første barn. På intervjutidspunktet er det gått 10 år siden hun gjennomgikk depresjonen, men det tok tid for henne å jobbe seg gjennom det, og det krevde ekstra oppmerksomhet og oppfølging ved de senere svangerskapene for å unngå problematikken på nytt. Hun kunne fortelle nokså detaljert om opplevelsene og tankene fra den tunge perioden.

Fra før hadde Eva stort sett hørt om greie, kontrollerte epidural-fødsler og tenkte da hun skulle føde selv at det var slik hennes fødsel skulle bli. Fødselen ble imidlertid et mareritt hvor hun opplevde uutholdelige smerter, og etterpå en følelse av å ikke kunne fortelle om sin opplevelse fordi fødselen fremsto som en helt normal førstegangsfødsel. En studie fra 2012 viser nettopp at kvinners subjektive opplevelse av fødselen er det som har mest betydning for de som rammes av posttraumatisk stress etterpå. Det ser ut til å bety mye mer enn de faktiske

komplikasjoner som eventuelt oppstår underveis (Garthus-Niegel m.fl. 2012). Eva hadde en objektivt sett normal førstegangsfødsel, men opplevde selv å være fullstendig tappet for krefter og muskulatur etter å ha vært sengeliggende store deler av svangerskapet på grunn av svangerskapsforgiftning. Fødselen ble en smertefull og traumatisk opplevelse for henne, og ble etterfulgt av mareritt i flere måneder. Dette førte imidlertid ikke til redusert glede over barnet som kom, heller tvert imot. Hun beskrev en opplevelse av ”en eksplosjonsaktig kjærlighetsfølelse som var helt rå”. Etter hvert som de var kommet hjem fra sykehuset og den eksplosjonsaktige følelsen roet seg, gikk det mer over i et enormt behov for å ha kontroll over babyen. Besteforeldre, venner og familie, selv mannen, fikk ikke lov til å stelle og passe babyen, de fikk knapt nok holde ham. For henne artet depresjonen seg slik at hun en periode var overbevist om at hun var alvorlig syk og ville dø fra barnet. Det utviklet seg en slags ekstrem symbiose mellom henne og barnet, hvor det viktige var å få all mulig tid sammen med babyen før hun skulle bli borte fra han. Samtidig fortsatte fødselsmarerittene om natten. Hun beskrev overbevisningen om at hun var syk og skulle dø som svært reell, men at hun innimellom stusset ved den selv. Hun klarte ikke å fortelle noen om disse tankene.

”...Jeg sa ikke noe til en levende sjel, det var ikke tale om. Nei, det var inni hodet mitt. Jeg prøvde flere ganger å si noe til mannen min, men klarte det ikke. ... Jeg prøvde, men skjønnte jo på en måte samtidig selv, i min egen urimelighet, at det kan jo ikke henge på greip. Men samtidig så var jo tankene og følelsene der.”

Barnet var 8-9 måneder da hun fikk en slags oppvåkning og forsto at det kanskje dreide seg om fødselsdepresjon. Det var via et tilfeldig oppslag i media om temaet at hun kjente igjen seg selv i det som ble beskrevet. Det var dette og samtidig en tillitsvekkende kollega som gjorde at hun klarte å få hull på byllen. Hun åpnet seg til denne kollegaen. Det førte videre til at hun søkte hjelp og fikk oppfølging.

I ettertid har hun tenkt en del på det at omgivelsene hennes hadde reagert på oppførselen hennes, og at de har fortalt henne at de hadde syntes det var rart at de knapt fikk holde babyen. Hun synes det har vært vanskelig å forstå at ingen spurte henne hvordan hun faktisk hadde det. Hun skammet seg over hvordan hun følte og at hun opplevde å takle dårlig det å ha blitt mor. Det satt altfor langt inne til at hun kunne fortelle åpent om disse følelsene selv.

”... Men jeg tror, hvis noen hadde gått litt på meg – kanskje særlig sånn ved 3-4 måneder, da jeg hadde det på det tyngste. Hvis noen hadde gått litt på meg og sagt; vet du hva, jeg ser at du ikke har det bra.. –Da hadde jeg garantert sprukket med en gang. (...) Men det var det ingen som gjorde. Så det er litt sånn kjipt å tenke på i etterkant, at det kunne kanskje vært unngått..”

### 5.1.1 Skam og tabuer

Informanten kom gjennom sitt narrativ ofte innom og tilbake til viktigheten av å klare å åpne seg. Det temaet trekkes av den grunn inn i plottet. Eva beskrev et underliggende behov for å få utløp for de vonde tankene, kunne dele dem med noen. Skammen hindret henne fra å gjøre det, og det at ingen våget å spørre eller kommentere det de reagerte på, oppleves uforståelig og litt sårt i ettertid. Evas narrativ har i både begynnelse, midtdel og sluttdel sekvenser som viser at det å åpne opp og våge å snakke om de vanskelige følelsene og tankene, er det hun anser som det aller viktigste for å komme ut av depresjonen. Hun forsøkte å si noe om hvor vond fødselsopplevelsen var på sykehuset, men ble ikke møtt, og kjente seg avfeid. Det å snakke om negative opplevelser i forbindelse med fødsel opplevde hun dermed ikke aksept for. Da hun i tiden hjemme ikke forsto hva de negative tankene kom av, hva det egentlig dreide seg om, og hun skammet seg over å føle slik, ble det enklest og tryggest å holde opplevelsene for seg selv. Det er lett å tenke seg at en slik fortrenkning av vonde tanker gir en følelse av ensomhet og annerledeshet, og bidrar ytterligere til skam over å streve sånn innvendig etter å ha fått et ønsket barn.

Hvorfor nære personer rundt henne ikke ga uttrykk for hva de oppfattet kan ha utgangspunkt i flere faktorer. Mine tanker er at det dreier seg om frykten for å trå feil, eller trykke ned noen i en allerede sårbar periode. Eller det handler om frykt for å gå inn i noe som er vanskelig og ikke vite hvordan en skal håndtere det som eventuelt måtte komme. I det ligger frykten for egne reaksjoner, og at en ikke kan håndtere det som kommer uten selv å bli en sårbar. De fleste vet at spedbarnstiden kan være anstrengende i form av lite søvn og mange nye oppgaver. Likevel er det en periode som forventes fylt av glede og lykke. Disse positive følelsene er ønskede følelser, og de er enklest å forholde seg til. De krever ikke at vi går dypere i oss selv.

Samtidig som det var et ønske for Eva å bli sett i den vanskelige tilværelsen, var frykten for å bli avslørt og sett som dårlig mor reell. Denne tosidigheten ved ønsket om å bli sett, kan ha medført at hun sendte ut signaler som også gjorde det vanskelig for andre å nærme seg henne. En kan da tenke seg at det var svært strevsomt å hele tiden dekke over, eller ”ta på seg en maske”, slik også Eva sa at hun gjorde.

”Jeg gråt mye når jeg var alene.. Det skjulte jeg veldig, veldig, veldig. ...Tristheten kom når jeg var alene, når jeg lå og omtrent planla begravelsen min. ...Da var jeg trist og det kom veldig overveldende noen ganger. Men jeg holdt veldig maska. Jeg ble forferdelig sliten av det.”

Evas egne følelser stemte ikke overens med hvordan bildet av en vellykket mor så ut. Opplevelsen av vellykkethet uteble totalt og skammen bidro til fortielse av de vanskelige følelsene. Hvis noen rundt Eva hadde åpnet opp for å snakke om det som var vanskelig, ville det kanskje vist seg at det var andre i hennes omgivelser som hadde opplevd noe av det samme. Og i forkant av et barns ankomst kan det også være rom for å snakke om hva som kan blir tungt og vanskelig i tillegg til de gode opplevelsene. Hadde hun vært mer forberedt, ville det kanskje ikke blitt så vanskelig. Det er ofte en hjelp, og noe man kan støtte seg til, å vite at andre har hatt det vanskelig før og at man ikke er alene om å ha det vanskelig. Men når fokuset i all hovedsak er på det positive, er det lett å føle seg annerledes og mislykket når vanskelige og negative følelser dominerer.

Det var til slutt Eva selv som brøt tausheten. Riktignok overfor en annen enn sine nærmeste, men med det startet bedringsprosessen hennes. Det å bryte ut av tausheten og ensomheten i det vonde, gjorde at skam og skyldfølelse med tiden slapp taket og det ble mulig for Eva å bearbeide reaksjonene sine. Bearbeidelsesprosessen tok tid, og følelsen av skam var kanskje den som satt i lengst. Eva fortalte først mannen om hvordan hun hadde hatt det denne tiden da de ventet sitt andre barn, nesten to år etter førstemanns ankomst. Det at han da visste, gjorde at han var mer tilstede og tilgjengelig for Eva under svangerskapet og i etterkant av fødsel. Helt ærlig om hvordan hun hadde hatt det i tiden med fødselsdepresjonen var hun imidlertid ikke før de ventet sitt tredje barn, hele fem år etter opplevelsen. Først da var det gått nok tid til at hun klarte å snakke om alt med sin aller nærmeste. Hun sier de var på et annet sted i livet og var blitt mer voksne. Da var hun mer tydelig selv på hvordan hun ville ha det.

Til tross for problemene i etterkant av første barnet, ønsket hun flere barn, og det samme gjorde mannen hennes. Hun forklarte at da hun ble gravid for andre gang visste hun hva det dreide seg om og var oppmerksom på egne tanker og følelser. Hun følte at hun visste mer hvordan hun skulle håndtere det dersom det kom tilbake. Hun presiserer samtidig at hun fikk god oppfølging av jordmor under svangerskapet, og at hun i samarbeid med henne gjorde forberedelser før fødsel som var av avgjørende betydning for å forebygge ny depresjon. For eksempel skrev hun ønskebrev til fødeavdelingen, noe som ble fulgt godt opp ved sykehuset og hun følte seg godt ivaretatt. Denne gangen satt hun igjen med en god mestringsfølelse etter fødselen. Mannen hennes var da også klar over at hun hadde hatt det tøft etter forrige fødsel og var mer oppmerksom. Eva og mannen har til sammen fått fire barn. Ved barn nummer tre kjente hun innimellom på vonde følelser. De kom når hun var sliten, men hun holdt dem likevel på avstand fordi hun og mannen samarbeidet bedre og hun kunne være mer åpen. Med



det fjerde barnet fikk hun det tøft i svangerskapet, noe hun mener har mye sammenheng med at det ikke var et planlagt svangerskap. Hun var ikke forberedt, og vonde følelser kom på nytt. Hun tok følelsene på alvor og søkte hjelp, og da barnet kom var hun følelsesmessig på plass igjen, og utviklet ingen ny fødselsdepresjon.

Eva var i risiko for depresjon ved de påfølgende svangerskapene, og måtte jobbe med seg selv. Det hun fremhevet som avgjørende for at hun ikke opplevde det samme på nytt, var åpenhet, en mer tilstedeværende mann, samt trygge fagpersoner som jobbet forebyggende sammen med henne. Det ser ut som det må ligge til grunn for de nevnte forebyggende faktorene en bevissthet rundt egne følelser og behov, da eget initiativ til å søke hjelp fremstår som vesentlig for de tiltakene Eva var under i de påfølgende svangerskapene.

### 5.1.2 Klassifisering

Eva brukte tid på å bli åpen om fødselsdepresjonen. Hun har tenkt mye gjennom det hun har opplevd og hva som måtte til for å unngå at det skulle skje på nytt ved påfølgende svangerskap. Hun ønsket å få frem noen budskap med fortellingen sin. Hun vil være med og bidra til større åpenhet rundt fødselsdepresjon, og bryte ned tabuet rundt dette. Hun oppfordrer mennesker som har en nybakt mor som strever i nær krets om å tørre å prate med vedkommende. En slik reflekterende og gjennomtenkt fortelling av et tilbakelagt kapittel fremstår for meg som en *søkende fortelling*, slik Frank (2013) fremstiller det. Det har gått noe tid siden hun gjennomgikk depresjonen. Likevel er hun i stand til å fortelle nokså detaljert om det hun anså viktig å få frem fra den tiden. Det er sårt for henne å tenke på at det hele kanskje kunne vært lettere dersom noen rundt henne hadde turt å prate med henne. Budskapet som fremstår er ”Fødselsdepresjon er ikke noe å skamme seg over, og det er ikke ensbetydende med å være en dårlig mor.” Fordi narrativet så tydelig bærer med seg et moralsk aspekt med oppfordringen til åpenhet både fra den som strever og fra omgivelsene, klassifiserer jeg det også inn under Burys (2001) *moralske narrativ*.

---

Det å se selv at en strever og tørre å ta tak i det som er vanskelig og være åpen om det, viser seg å kunne ha betydning for lengden og alvorlighetsgraden av en fødselsdepresjon. Neste informant var i motsetning til Eva raskt åpen om hva hun strevde med, fordi hun forsto det på et tidlig tidspunkt selv. Hun hadde en intens, men mer kortvarig periode med fødselsdepresjon enn Eva.

## 5.2 Pernille

*Jeg mistet kontroll over dagene mine... Det å få barn medførte en sjelsettende forandring i livet.*

Pernille er i slutten av 30-årene og har nylig blitt mamma for første gang. Hun møtte sin samboer for få år siden og de er begge nå førstegangsførelse. Hun er vant til å styre dagene sine selv, har god utdanning, og jobber i en ledende stilling hvor hun opplever stor grad av kontroll. Hun forteller om sitt voksne liv som svært aktivt, og at hun sjelden sitter hjemme en hel dag. Det å få barn og bli mor ble en veldig stor overgang, og hun opplevde å mestre dårlig spesielt det å bli mer bundet til å være hjemme.

Det er flere av informantene som kom inn på hvor enorm forandring i livet det å få barn har medført. Pernille er likevel den av dem som i størst grad beskrev omveltningen, også som sin egen forklaring på hvorfor hun ble deprimert. Hun var vant til å styre dagene sine selv, ta raske avgjørelser, og være mye på farten. Hun gir uttrykk for å ha hatt svært god kontroll og plan over dagene, både på jobb og privat. På det private planet mye på grunn av at hun hittill ikke har hatt barn. Personlighetsmessig gir hun inntrykk av å være tydelig og klar på hvor og hva hun vil. Hun var bestemt og tydelig på at hun ikke skulle føde vaginalt. Hun ønsket planlagt keisersnitt på grunn av familiær historikk med kompliserte fødsler. Slik tok hun kontroll på en uforutsigbar situasjon og det ble utført keisersnitt. Riktignok ble det endret til et akutt keisersnitt da babyen ville ut noen uker før termin dato. Det medførte for Pernille at hun ikke fikk avsluttet ting slik som planlagt på jobben, og hun startet derfor raskt å jobbe litt igjen etter babyens ankomst.

Friheten til å styre dagene selv forsvant imidlertid brått da hun ble nødt til å være mer hjemme og innrette rutine sine etter babyen. Hun nevnte også at dette var en baby som var vanskelig å legge ned, og måtte bæres mye. Det å være mer bundet hjemme var vanskelig.

”..Så når det da var gått 4-5 uker og det kom til det at, på en måte, jeg liksom MÅTTE bare være hjemme både fordi at, jeg ble sliten, jeg sov for lite og han ble mer krevende, og det var mye enklere å bare være hjemme da. ...Jeg hadde ikke skjönt at det kom jeg til å takle veldig dårlig.”

Pernille trakk frem interessante sammenligninger med jobben sin, og da fra tiden før hun ble mor. Det illustrerer godt hvordan endringen morsollen medfører, på et tidspunkt slår henne.

”Jeg er vant til å jobbe med prosjekter på jobben, hvor vi til tider er inne i sånne perioder hvor vi jobber ekstremt intenst i sånn 4-5 uker. Ehm, og jeg tror da at etter 4-5 uker med han, så begynte det da å innhente meg at - okei, dette er ikke et prosjekt som tar slutt etter 4-5 uker,

også kan du dra hjem og sove.. Ehm, da begynte det faktisk å innhente meg at -okei, nå har jeg sovet jævlig lite i 4-5 uker, og dette slutter ikke!”

Slik beskrev hun starten på en veldig tung periode hvor hun gråt mye hjemme. Hun skjulte tristheten sin så godt hun kunne i kontakten med babyen, men hun var raskt åpen om at hun strevde overfor samboeren. Hun beskrev hvordan hun ble redd for å være alene når han skulle på jobb, og at det som hjalp henne veldig mye var at han fikk sykemelding slik at han var hjemme noen uker ekstra.

### **5.2.1 Mor i voksen alder**

Pernille var godt voksen da hun ble mor, og hadde som hun selv sier ”levd livet som voksen nesten helt på egne premisser i nesten 20 år.” Hun hentyder at det å få barn i hennes alder dermed medfører andre og større endringer enn for en mor i 20-årene. Hun snakket også om den mentalt ulike innstillingen man har i 20-årene, til forskjell fra når man nærmer seg 40;

”Jeg tror at man generelt sett er mer satt i sine vaner og mer rigid når man er i den alderen enn, la meg si når man er i begynnelsen av 20-årene så er man mye mer sånn person som.. man går mye mer with the flow, liksom. Og jeg tror også da at det er lettere å... når man får en baby og man tenker ikke så nøye over alle ting, og man har sikkert da lettere for å ta det som det kommer også videre. –Og det her med alderen, at man reflekterer mer også videre.”

Pernilles høyere alder vises godt gjennom hennes tanker og refleksjoner i forhold til å finne forklaringer for seg selv på hvorfor hun ble deprimert. Jeg ser hennes refleksjon rundt egen alder som førstegangsmor som svært interessant og tidsaktuelt. Følelsen av å miste kontrollen i eget liv kan være enda mer slående etter så mange år som selvstendig og uavhengig voksen, selv om grad av kontrollbehov er individuelt og ligger i personlighetstype slik studiet til Haga og kolleger (2012) har vist. Uansett ser opplevelsen av kontroll, og hvilke forventninger kvinnen har til grad av kontroll etter fødselen, ut til å ha betydning for utvikling av fødselsdepresjon. Pernilles narrativ viser at det også kan ha betydning for opplevelsen av det å bli mor. Dette passer inn i Stern (2000) sin påstand om at det kan være vanskelig og ta tid å tre inn i den psykologiske delen av morsrollen. Det er en ny identitet.

Siden det er gjort lite forskning hittil rundt sosiale og psykologiske aspekter knyttet til økt alder hos førstegangsfødende i moderne tid, synes jeg informanten peker på noe vesentlig og interessant når hun delvis forklarer sin fødselsdepresjon med nettopp bakgrunn i aldersaspektet. Endringen det medfører å få barn er nok reell uansett alder, men at endringen arter seg noe ulikt i høyere alder enn i lavere alder, og blir mer omfattende, ser jeg som en interessant og aktuell tematikk. Kanskje er man også annerledes rustet til å takle intensiteten i

sped- og småbarnslivet, for eksempel i forhold til redusert søvn. Alderen fikk betydning for Pernilles opplevelse av det å bli mor, ved at hun selv presenterte den som en del av forklaringen på hvorfor hun ble fødselsdeprimert. Hun la vekt på at hun nok er mer rigid og har fått en livsstil som hun har måttet legge om i større grad enn en yngre mamma sannsynligvis måtte gjort.

### **5.2.2 Individualisering og selvrealisering kombinert med moderskap**

Likestillingen har kommet langt i vår tid, og i dag er det mest vanlig at også mor er i arbeid og bidrar til familiens økonomiske stabilitet og opprettholdelse. Denne endringen har skjedd gradvis over siste halvdel av 1900-tallet, og skjøt virkelig fart i kjølvannet av den nye kvinnebevegelsen som vokste frem i 1970-årene, og likestillingsloven som trådte i kraft i Norge i 1979.<sup>4</sup> Feminister og forkjempere for kvinners rettigheter og frihet gjennom historien har bidratt sterkt til at kvinner nå er likestilt menn med tanke på lovfestede menneskelige rettigheter. Det har ført til at flere kvinner også har tatt høyere utdanning og satser på karriere og selvrealisering før de velger å etablere seg med ansvar for barn og familieliv. Det hersker ingen tvil om at denne utviklingen i kvinners historie er til det bedre med tanke på større frihet og flere valgmuligheter. Menns rolle i hjemmet og som fedre har også endret seg. De har flere huslige oppgaver og større ansvar for oppfølging av barna enn før, siden mor også er ute i arbeid. Fordelingen av de daglige oppgaver har blitt mer lik, selv om det nok i mange hjem forekommer en kjønnsfordeling av oppgavene som må gjøres. Som eksempel er det min påstand at det oftest er kvinnen som holder orden i den daglige husholdningen med matlaging, klesvask og rengjøring, mens mannen ofte har ansvar for de ytre familiære oppgaver, som å se til at hage, fasade og bil er i orden. Ansvar for barna er derimot jevnere fordelt og likestilt foreldreskap har blitt et aktuelt begrep (Aarseth, 2010). Likevel hevdes det av enkelte at de faktiske ulikhetene i kraft av kjønn ikke er opphevet til tross for det likestilte foreldreskap. Anne Lise Ellingsæter (2005) hevder for eksempel at kritikk rettet mot foreldre først og fremst fanges opp av mødre, og at det viser at det fremdeles er mødre som bærer det tyngste ansvaret som foreldre. Pernille og de fem andre informantene som presenteres i denne oppgaven befinner seg helt i startfasen som foreldre, og hverdagslivet med småbarn er et ventende stadie. Men det opplevde ansvaret og de opplevde forventningene uttrykkes likevel i stor grad knyttet til kjønn. Pernille uttrykker for eksempel at hun tror vi kvinner tar det ansvaret på oss selv, at det faller naturlig for oss. Videre sier hun;

---

<sup>4</sup> Lovdata.no: Lov om likestilling mellom kjønnene (likestillingsloven). Endret i juni 2013.

”..også tror jeg veldig lett mannen havner i en rolle hvor, - jeg tror de fleste menn i dag er utrolig flinke til å hjelpe til. –Men de gjør nettopp det, de hjelper til. Altså de føler ikke det samme ansvaret for det å ha full oversikt over alt sammen og hvordan det fungerer og når babyen skal ha mat og når han skal bytte bleier...”

På spørsmål om hvorfor hun tror det er slik, svarer hun at det nok har med morsinstinkt å gjøre, det er en ”mamma-greie”, vi kvinner bare er sånn. Med det henviser hun til et slags biologisk instinkt i kvinner, som er tilstede uavhengig av ytre påvirkning. Vi kvinner har et fortrinn som foreldre ved at vi har dette ”instinktet”. Denne oppfatningen er i tråd med den herskende biomedisinske forståelsen av ”den gode mor” som naturlig latent i kvinner, men strider imot Beauvoir sin påstand om at man som født kvinne ikke dermed er født med et sett med egenskaper som for eksempel innebærer naturlig egnethet for morsrollen (Beauvoir, 2000). Det at kvinner av i dag, som Pernille, uttrykker det som et biologisk kjønnsbundet instinkt å føle størst grad av foreldreansvar, henger nok mye sammen med nedarvede kulturelle koder for det å være kvinne og mor. Over lang tid har kvinner vært hjemmевærende i stor grad og hatt hovedomsorgen for barna. I tillegg har den biomedisinske forståelsen vært rådende i vår kultur. Samtidig kan det tenkes at Pernille er en kvinne som er vant til å ha stor grad av kontroll i livet sitt, ved å ha vært uten barn store deler av sitt voksne liv, samt i jobbsammenheng. Hun opplever kanskje da også sterkere ansvarsfølelsen og et behov for å gjenvinne kontroll i sin nye rolle som mor.

For å kunne dekke alle utgifter en familie har, er det i dag for mange en nødvendighet at mor også er i arbeid, samtidig er det også kvinners eget ønske og behov å ha en karriere og å realisere andre sider av seg selv enn det å være mamma og kone eller samboer. Men kombinasjonen kan by på indre og ytre konflikter, stress og en følelse av å ikke strekke godt nok til på alle arenaer. Det å holde hjemmet representativt for en vellykket familie er nok som nevnt også et område som i størst grad kvinnen kjenner ansvar for. Hvor tungt hver enkelt kvinne bærer dette ansvaret er nok individuelt, men forventningene til hva som skal mestres ligger i kvinnen selv og er styrt av forventninger utenfra. Disse er kulturavhengige og gjenspeiler de kulturelle diskursene knyttet til begrepene kvinne og mor frem til moderne tid. Disse nedarvede kulturelle kodene og diskursene for moderskapet kombinert med dagens likestilte foreldreskap vil jeg ta opp igjen i oppgavens drøftingsdel.

### **5.2.3 Klassifisering**

Pernilles narrativ inneholder gjennomgående mye refleksjoner, dels uoppfordret, over egen situasjon hvor hun også presenterer forhold hun mener førte henne inn i en depresjon. Hun var

også tydelig på hva som var viktig for henne for å komme seg ut av depresjonen, og fremhevet da spesielt at hun ikke var alene da det var vanskeligst. Hun fikk ha samboeren hjemme sammen med seg og babyen, og de snakket om det som skjedde med henne. Hun beskrev en nylig gjennomgått fase, og slik mener jeg fortellingen hennes ligner et *restitusjonsnarrativ*. Fordi jeg ser det slik at Pernille nokså gjennomgående i narrativet forsøker å forklare hvorfor hun fikk en fødselsdepresjon, synes jeg i tillegg det passer inn under Burys *forklarende narrativ*. Hun omtaler seg selv som ”en klassisk case” der overgangen til morsrollen ble for stor og slående og hun mistet kontrollen. Gjennom det presenterer hun både kunnskap hun har om risiko for slik depresjon, og noe hun opplever har personlig betydning.

---

Av informantene mine var det spesielt én som fremhevet akkurat det med forventningene til å holde hjemmet i orden i barseltiden, og hvordan det ble det området hun opplevde sterkest at hun ikke mestret, og hvordan det igjen bidro til at hun følte seg utilstrekkelig i morsrollen. Berit presenteres som neste informant. Til forskjell fra Pernille tok det for Berit lang tid å akseptere for seg selv at hun strevde.

### 5.3 Berit

*Jeg har etter hvert lært å senke kravene til meg selv. Alt trenger ikke være så perfekt.*

”Jeg hadde høye forventninger til hva jeg skulle gjøre og få til etter babyen var født, så ble det ikke sånn, han skrek masse og jeg var forferdelig sliten. (...) Depresjonen har lært meg at alt ikke trenger å være så perfekt, jeg har etter hvert klart å forstå det og slappe mer av.”

Berit opplevde fødselsdepresjon da hun fikk sitt andre barn. Hun opplevde to helt forskjellige svangerskap, og omstendigheter rundt det å vente et barn. Første svangerskapet var nokså uproblematisk, og de usikkerhetene og reaksjonene hun gjennomgikk ved å bli mor var innenfor det forventede. Det var heller ingen spesielle utfordringer knyttet til barnet. Med barn nummer to var alt annerledes. Hun fikk bekkenløsning, og var mye uvel under hele svangerskapet. Graviditeten var uventet, og de var midt i husbyggingsprosjekt. De rakk akkurat å flytte inn i en del av huset innen barnet kom. Hun var sliten etter et tøft svangerskap, ivaretagelse av barn nummer én, samt en kaotisk og stresset tilværelse relatert til bosituasjon. Hun har også en mann som jevnlig er periodevis bortreist i forbindelse med jobb.

På tidspunktet for intervjuet var yngste barnet blitt fire år og hun hadde trengt mye av de årene for å jobbe seg ut av depresjonen. Fremdeles kunne hun kjenne på symptomer som gjorde at hun måtte ta mer hensyn til eget behov for hvile.

Tegnene på fødselsdepresjon kom nokså raskt etter fødselen. Barnet gråt mye og det var lite søvn. Berit var svært sliten, og det var en vanskelig kombinasjon å håndtere. Hun beskriver opplevelsen av å ikke mestre situasjonen og ønske seg bort;

” Når mannen var der hendte det jeg gikk en lang tur og sånn, også når jeg nærmet meg huset så kjente jeg bare at hvis den ungen griner så vet jeg ikke hvor jeg skal gjøre av meg... Hvis jeg åpner døra og den lille ungen griner, da..da vet jeg ikke om jeg orker å gå inn en gang. Så det var veldig sånn...bare han...Hva skal jeg gjøre hvis han griner? For jeg skjønnte ikke.. Jeg orker ikke hvis han gråter, for jeg må egentlig sove. ”

I narrativets midtparti beskrev hun hvordan depresjonen artet seg for henne underveis i tiden med babyen. Det kom frem hvordan symptomene var og hvordan de ble mer fremtredende. På spørsmål om når hun selv forsto hva det dreide seg om, og at hun kanskje trengte hjelp svarer hun;

”Det tok flere måneder før jeg.. Eller jeg skjønnte det, men jeg ville ikke helt godta at...at det var et problem... Ville jo liksom ikke si til meg sjøl at jeg hadde..at det var meg. Nei, det ordner seg, det går over.. Jeg gikk ikke til legen før...han var fire måneder, tror jeg.”

Hun fortalte at hun før hun fikk barn nok ikke helt forsto at det i det hele tatt gikk an å streve med seg selv i den tiden. Det å oppleve psykiske vanskeligheter ved det å bli mor var et fjernt tema, noe som gjaldt andre. Hun beskrev også et opplevd sosialt press om å prestere på hjemmebane i det hun fortalte om venninner og kjente som alltid har det ryddig og rent, og i tillegg stiller med hjemmebakst ved besøk. Dette sier noe om hvilket nederlag hun kunne kjenne på da tiden med ny baby ble vanskelig og krevende, og hun egentlig hadde mer enn nok med seg selv.

Hun beskrev videre at hun var mye alene med barna når mannen var borte på jobb, og hvordan hun da var så sliten og ikke klarte å følge opp de huslige oppgavene. Bare det å sette på en vaskemaskin ble uforståelig hvordan hun skulle få til. ”Jeg hadde mest lyst til å bare sitte der og gråte sammen med babyen.” Det ble vanskelig at det ofte kom folk innom som ville se babyen. Hun fortalte hvordan hun følte på at det var rotete og støvete, og at hun ikke engang visste hvordan hun skulle klare å smile til de som kom. Men selve det å ta hånd om babyen mestret hun, og hun var tydelig på at hun aldri ønsket babyen bort eller noe vondt.

For Berit ble det en stor konflikt mellom hennes egne forventninger og planer om hva hun skulle klare og gjøre mens hun var i permisjon, og hvordan det faktisk ble. Dette gjengis i noen reflekterende tilbakeblikk i narrativets avslutningsdel;

” Og i mitt hode så hadde jeg jo god tid liksom. Nå får jeg baby og eldste barnet var jo i barnehagen og.. nå skal jeg få malt de listene som skulle males og såne ting. –Men de er jo ikke malt ennå, så det... Jeg tror også det er det med forventninger til hva du skal kunne gjøre da, mens du har den babyen..”

### **5.3.1 Moderne skam**

Med dette vendes problematikken tilbake til temaet skam, og det som kan karakteriseres som en moderne form for skam. Skammen skyldes det ikke å kunne vise frem et rent og ryddig hjem og seg selv som en lykkelig mamma og husmor, og dermed ikke være vellykket. Berits forventninger til hva hun skulle få til som nybakt tobarnsmor kom først og fremst fra henne selv. Hennes forventninger påvirkes igjen av opplevde forventninger utenfra gjennom hvordan hennes familie og kjente har håndtert morsrollen, hvordan det fremstilles i medier, og hva hun derigjennom anser som normalt. Gjennom hennes narrativ kommer det frem hvordan depresjonens uttrykk rettet seg mye mot det huslige og praktiske i hjemmet, hvordan hennes egne forventninger ikke ble innfridd, og hvordan det igjen gjorde henne sliten og trist. Det å forstå at det ikke var så viktig å ha orden i hjemmet til enhver tid, kom ikke lett for henne. Men da hun etter hvert gjennom forståelse av hva hun gjennomgikk, selv kom til den konklusjonen, senket hun skuldrene og slappet mer av og kunne glede seg mer over barnet.

### **5.3.2 Akseptere egne begrensninger og behovet for hvile**

Berit snakket en del om det å være så sliten, og behovet for å få sove, og hvordan hun mente den tilstanden over tid kan ha gjort henne deprimert. Mannen hennes var mye borte i forbindelse med jobb, men Berit ga inntrykk av at han var tilstede og tok sin del av barneomsorgen når han var hjemme. Hun har vært åpen om hva hun har vært igjennom, og ga inntrykk av at det ikke har vært vanskelig for henne å fortelle mannen om det. Den første tiden, før hun selv forsto og innså hva hun strevde med, kjente hun seg mye alene med barna og alt som skulle gjøres hjemme. Det kan virke som at alt vokste over hodet på henne i tiden med en krevende baby og at det førte til en slags håpløshetsfølelse. Etter at hun forsto sin egen problematikk og klarte å sette ord på følelsene, har hun fått innsikt i egne behov, og det har blitt gjort noen endringer for å gjøre hverdagslivet enklere. For eksempel kommer moren hennes nå som oftest og bor i hybelleiligheten i huset deres de periodene mannen jobber. Slik får hun mer hjelp og avlastning. Hun jobber også i redusert stilling, og har etter hvert klart å



innvie seg selv fridager uten barn, uten å ha dårlig samvittighet for at barnet må i barnehagen når hun har fri fra jobb. Det å selv akseptere, og oppleve aksept for, at det er greit og viktig å hvile og slappe av fremstår som vesentlig for Berits bedring.

Berit la ikke skjul på at hun synes det har vært tøft å bli mamma, og at hun ikke var forberedt på hvor anstrengende det kunne være og hvilken omveltning det innebar. Hun savner større åpenhet om de mer negative sidene ved morsrollen, slik at overraskelsen ikke blir så stor når barnet plutselig er der og en skal fungere som mor. Ved å se på Berits fortelling med et narrativt blikk, tydeliggjøres hva hun selv opplevde som vanskeligst og hva hun har tatt med seg videre og vokst på gjennom den vanskelige tiden. Underveis i fortellingen reflekterte hun bakover til tiden før depresjonen og første barnets ankomst, samtidig snakket hun fremover og trakk tråder til der hun står i dag. På grunn av dette kan intervjueteksten fremstå noe kaotisk, og det har vært god hjelp i å skape mer struktur i det hun har fortalt med hensyn til tidsperioder. Den narrative vinklingen tillater meg å skape sammenheng og helhet i fortellingen. Gjennom narrativets ulike deler trer det med å senke kravene til seg selv, og ikke strebe for å være god nok i andres øyne, frem som svært betydningsfullt. Den forståelsen har gjort henne godt. Gjennom samtidig å bli gradvis mer åpen om hva hun gjennomgikk opplevde hun bedring. I sin helhet viser narrativet hvordan selve depresjonen ble et vendepunkt for Berit med tanke på å klare å endre krav og forventninger til seg selv som mor og kvinne. Slik sett har hun vokst på depresjonen, den har gitt henne ny selvvinnsikt og lært henne å gire ned. Samtidig fortalte hun at hun følte depresjonen har endret henne som person. Fra å være en energisk og sprudlende person, har hun opplevd seg mer tilbaketrukket og rolig i tiden etter depresjonen. Hun ga uttrykk for å savne den energien hun hadde før.

### 5.3.3 Klassifisering

Hennes narrativ fremstår nokså tydelig som et *restitusjonsnarrativ* ved at hun forklarte hva hun har vært gjennom, og etter hvert hva hun har forstått og endret på slik at hun har fått det bedre. Hun har beveget seg fra kaos til innsikt og restitusjon, og selv om hun per i dag kjenner seg endret fra slik hun opplevde seg før depresjonen, har fortellingen en positiv utgang med større selvvinnsikt og respekt for egne begrensninger. Narrativet har også elementer som jeg synes passer inn i Bury sin typologi av *moralske narrativ* fordi hun poengterer de opplevde forventningene om å prestere utad i morsrollen og som husmor, i tillegg til å dekke omsorgsbehovet for babyen og dens storesøster. Det er noe hun ønsker å være åpen om for å bidra til å normalisere bildet av den perfekte mor og husmor, og bidra til mer realistiske forventninger for kommende mødre. Dette sistnevnte gjør også at narrativet kan plasseres

delvis inn under Frank sitt *søkende narrativ*. Hun ønsket å få ut et budskap med fortellingen sin. Hun har stått i dette over tid, og fortalte sin historie med ønske om å bidra til hjelp for andre som kommer i lignende situasjon.

---

Egne forventninger og en moderne form for skam er også aktuelle tema når det gjelder morsfølelsen, og hvordan en ny mamma forventes å være fylt av lykke og forelskelse i det nye lille mennesket. Skuffelsen og fortvilelsen kan bli stor når de følelsene uteblir. Neste informant, Anna, opplevde det nettopp slik.

## 5.4 Anna

*Jeg føler det mangler noe i forholdet mellom meg og datteren min. Jeg er redd for at hun skal ta skade av det. Den bekymringen er det vanskelig å snakke om.*

Anna hadde vært sammen med sin kjæreste og samboer i 6 år da hun ble gravid. Det var en ønsket graviditet, og den kom forholdsvis raskt da de bestemte seg. Hun var i arbeid og de fysiske forholdene lå til rette for et barns ankomst. Svangerskapet var helt uproblematisk, med så å si ingen plager. Hun syntes det var fint å være gravid, og de gledet seg begge til å bli foreldre. Fødselen ble derimot en helt annen opplevelse. Hun beskrev den som ”et svart hull jeg egentlig helst vil glemme, fortrenge..” Hun fortalte om opplevelsen av å miste kontroll og måtte legge alt i lege og jordmor sine hender, uten informasjon om hva som kom til å skje, eller hva de ville gjøre. Det er følelsen av å være så avhengig av andre menneskers hjelp, og usikkerheten og hjelpeløsheten da behovet for trygghet ikke ble møtt, som sitter dypt igjen i henne. Fødselen tok lang tid, og helsepersonellet tok i bruk hjelpemidler for å få barnet ut. Det var flere pleiere tilstede på fødestuen, og det ble brakt inn mye utstyr. Alt dette uroet Anna, aller mest fordi de ikke fortalte henne hva som skulle skje og hva de skulle med utstyret. Hun fortalte fra fødselen:

”Men det verste var det at.., eh jeg husker jordmora sier til meg at ’nå legger du deg på rygg, også skal du presse i maks en time’, eh – og da spurte jeg henne, ’jammen hva skjer hvis jeg ikke klarer det?’ Og hun sa bare ’jaja, men da får vi vente og se, det ser vi, det tar vi da..” Og jeg skjønnte jo hva som kom til å skje. Men jeg tenkte at jeg skal nå gi en skikkelig innsats i det, og det gjorde jeg, men de var jo ikke nok. Og det og at, i hodet mitt, så var det kun på viljen det sto. Ikke på evnen, på en måte. For det hadde jeg bestemt meg for at; har du bestemt deg, så skal du få det til! –men det.. gjorde jeg ikke. Også var det det at når på en måte ting...

flere folk kom inn, og mer og mer skjedde, så ligger jo jeg der og skriker.. 'Hva er det som skjer, hva er det dere gjør med meg?' –Men ingen sier noe! (...)

Og jeg er en sånn person som på en måte trenger å vite at ja..., altså ikke direkte i detalj da, men at de informerer litt; vet du hva, nå går det ikke, nå må vi gjøre sånn og sånn, og da blir det sånn og sånn. (...) Men de sa ingenting, så det var egentlig det som på en måte sitter igjen etter fødselen.. det at du føler deg prisgitt, andre. Også kan du ikke gjøre rede for deg, men så gir ikke de deg, hva skal jeg si, -den tryggheten du trenger.”

Babyen skrek ikke da den kom ut, og ble tatt bort en liten stund. Anna ble redd og fortvilet og ville vite hva som skjedde, men fikk ingen forklaringer. Etter en stund fikk hun vite at alt var fint med babyen. Men hun fikk ikke noe forklaring på hva som skjedde og hvorfor de gikk av gårde med babyen. Det fikk hun ikke før senere. I den forbindelse fortalte hun at hun i ettertid forstår at de gjorde det for å skåne henne. Samtidig var de så mange der, så noen burde kunnet si noe. En kort setning om hva som skjedde ville hjulpet, mener hun.

Da hun så fikk babyen på brystet, ble hun liggende og kjenne etter hva hun følte. Hun hadde fått høre at det skulle være den beste følelsen i verden. Men den følelsen kom ikke. Ingenting spesielt slo henne. Hun la kun merke til det fysiske, som at babyen var varm, fuktig og at hun sprellet. Hun tenkte at det var vel greit, lykkefølelsen ville vel komme senere. I ettertid har det likevel plaget henne at hun ikke kjente det slik ”alle andre” beskriver. Noe av symptomatologien hennes da depresjonen var på det tyngste var en likegyldighetsfølelse. Ingenting var viktig lengre, og hun kjente seg som en maskin som bare gjorde alt hun måtte, uten å legge følelser i det. Dette har bedret seg, men hun kjenner fremdeles på usikkerhet i forhold til egne følelser for barnet.

#### **5.4.1 Morsfølelse og tilknytning**

Jeg oppfatter Annas narrativ som preget av en sterk forventning fra henne selv om en overveldende morsfølelse, som hun har hørt og lest om. Og da det ikke dukket opp en slik følelse, ble hun bekymret og redd for at hun ikke følte slik en mor skal, og dermed ikke var en god nok mor for barnet sitt. Dette fremstår mer eller mindre tydelig gjennom ulike deler av hennes narrativ. Samtidig uttrykkes det gjennomgående at fødselen var mye tøffere enn hun hadde ventet, og at hun har strevd med usikkerhet og vonde følelser i ettertid. Hun kom mer direkte inn på bekymringen for datterens tilknytning til henne i siste del, hvor hun ga små beskrivelser av den nå ett år gamle datteren med en bekymret undertone;

” Hvis hun detter og slår seg, så skal det...det skal veldig mye til før hun gråter. –For etter et fall., så sier jeg; Off. au., fikk du ikke vondt? Men hun bare reiser seg opp igjen..! (...) Uff, det er kanskje dårlige tegn.. (...) Hun er på en måte så selvstendig, og har vært det så lenge. Hun kan sitte på teppet og leke med sine ting, og holde på med det...liksom, lenge, og på en

måte...akkurat som hun ikke trenger meg. Så jeg har noen ganger lurt på.., er det jeg som har formet henne sånn? ”

Helt mot narrativets avslutning satte hun selv ord på bekymringen, og hun sa blant annet:

”...Men jeg er litt sånn tvilende til...ja, jeg er på en måte litt.. nei, jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det. Men altså...jeg føler på en måte fremdeles at noe litt sånn... at et eller annet kan mangle, tror jeg, mellom meg.. eller i forholdet mellom meg og henne.”

På spørsmål om hvordan hun kan merke dette, svarte hun:

”Det er litt det med kontakt, og at...liksom følelsene mine for henne...om de på en måte er sånn som de egentlig skal være, sånn alle andre føler det.” (...) Altså jeg kjenner jo at morsfølelsen er der, men jeg vet på en måte ikke om den er der nok.. Eller så mye som den bør.”

Anna gir inntrykk av å ha vært åpen overfor samboeren sin om hvordan hun har det hele tiden. Hun gir også inntrykk av å ha vært forholdsvis ærlig og åpen overfor andre når det har vært spørsmål om hvordan det går i den nye familiesituasjonen. Men akkurat denne bekymringen i forhold til det følelsesmessige overfor barnet har hun ikke tatt opp med helsesøster eller psykolog. Hun har bare såvidt snakket med mannen om det. Det at hun ga uttrykk for at det har vært vanskelig å snakke om det gir også grunnlag for å trekke dette frem som et underliggende budskapet i narrativet. Det har utgjort en bekymring og medfører at hun fremdeles har det tungt til tider. Hun leter stadig etter den følelsen som kommer spontant og gjør at hun handler overfor barnet av ubetinget kjærlighet.

Lisbeth F. Brudal (2007) presenterer et eksempel fra en kvinne hun har hatt i terapi, som kan sammenlignes med Annas fortelling. Denne kvinnen har gjennomgått det Brudal kaller fødselsuro. Kvinnen kjenner en uforklarlig uro og har problemer med å knytte seg til barnet i tiden etter fødsel, barnet kjennes fremmed. Det viser seg at hun hadde en dramatisk opplevelse rundt fødselen, hvor hun var svært redd og bekymret for barnet som ble tatt fra henne rett etter unnfangelse for å ”varmes”. Hun fikk ikke informasjon om hva som skjedde den tiden barnet var borte, før hun etter fire timer fikk barnet tilbake og fikk høre at alt var bare fint. Redselen og usikkerheten fra den sterke opplevelsen som en fødsel er, sitter igjen som et slags post-traumatisk stress og påvirker forholdet til barnet dersom det ikke gis mulighet til bearbeiding. Kvinnen i Brudals eksempel kom seg etter at episoden rundt fødselen ble integrert, og hun forsto hvorfor hun hadde reagert som hun gjorde (Brudal, 2007, s.94) Sammenligningen med dette eksempelet er ment å illustrere hvordan kommunikasjon fra helsepersonellet rundt det som skjer i fødsel og med den nyfødte babyen, ser ut til å ha stor betydning for morens fødselsopplevelse. Og det kan faktisk ha betydning for hvordan hun

klarer å knytte seg til barnet. Annas narrativ peker på et mulig behov for økt kunnskap rundt kommunikasjon med den fødende for de som jobber på fødeavdelingene.

Det fremstår nokså tydelig at fødselen ble en traumatisk opplevelse for Anna, og slik Brudal har forklart, krever slike kriser bearbeiding. Anna har muligens ikke fått bearbeidet fødselsopplevelsen skikkelig, og hun ønsker helst å bare glemme den fordi den var så vond. Narrativenes hensikt er blant annet å bidra til å gi oss innsikt i egne erfaringer og finne mening i dem. Slik kan det å fortelle om hendelsen gi innsikt i hva som er av betydning for å bedre den. Jeg opplever Anna noe søkende i forhold til tilknytningen og egne følelser for barnet, hun uttrykker usikkerhet på om alt er slik det bør. Mot avslutningen av narrativet kommer det klarere frem, og hun resonnerer seg dit hen selv. Oppfølgingen fra psykolog og helsestasjon har hjulpet henne over den tyngste perioden, men jeg tolker det slik at Anna opplever behov for videre bearbeiding av sine følelser og tanker. Bearbeidingsprosessen medfører at Anna egentlig har nok med seg selv og hun blir lei seg og fortvilet over at hun følelsesmessig ikke klarer å engasjere seg nok i babyen sin. Det at hun føler noe mangler i forholdet dem imellom kan slik sett tenkes å komme av en opplevelse av lite tilstedeværelse i forholdet. Andre faktorer som tilsier at det er fortsatt behov for bearbeiding av følelsene er at Anna har forsøkt å fortrenge opplevelsen i forbindelse med fødselen. Hun sa selv at hun har hatt mest lyst til å glemme det, det er litt som et svart hull. Hun ser nå at opplevelsen likevel ligger der, og de vonde følelsene gnager henne fortsatt. Det er sannsynlig at hun aktivt må jobbe seg gjennom det for at hun skal ha muligheten til å legge det bak seg, slik Brudals eksempel viser. I tillegg har både Anna og samboeren, slik hun forteller det, ikke blitt imøtekommet av venner og kjente når de ærlig fortalte at tilværelsen ikke var helt enkel etter babyens ankomst. Hun fortalte at folk da gjerne fikk et overrasket uttrykk, ble stille og svarte bare kort ”åja”, ”jaha”, og situasjonen føltes mest ubehagelig. Hun opplevde det som et ikke-tema at det å ha blitt foreldre faktisk var litt vanskelig. Det medførte at hun sluttet å snakke om det, og heller bare dekket over ved å si at det gikk greit. Hun har altså opplevd lite aksept for å snakke om de vanskelige følelsene, selv om hun i utgangspunktet var åpen om det.

#### **5.4.2 Klassifisering**

Dersom man kan tenke seg en typisk bevegelse fra kaos til restitusjon i narrative, som gjenspeiler en prosess i tilfriskningen fra fødselsdepresjon, ser jeg det slik at Annas narrativ i sin helhet står med et ben i hver av disse typologiene. Hun uttrykker selv usikkerhet på følelsene sine overfor barnet, og hun har fremdeles problemer med å forholde seg til fødselen og timene etterpå. Hun har ikke lenger de kraftige symptomene som redusert matlyst, sterk

tristhet, og søvnproblemer, men hun strever fortsatt med vanskelige tanker og følelseskaos. Hun vekslet mellom å fortelle om det vonde som et tilbakelagt stadium, samtidig som hun uttrykte vanskeligheter med dagens situasjon. I arbeidet med narrativet og analysen var det behov for å strukturere delene for å skape en oversikt. Slik ser jeg det som et *kaosnarrativ*. Hun beskrev samtidig hvordan symptomene kom til, hvordan de var og hvordan hun nå har det bedre. Hun er også delvis i stand til å se hva hun har behov for videre. Slik ser jeg det som et *restitusjonsnarrativ*.

Annas narrativ lar seg ikke så lett plassere innenfor en av Burys typologier. Det er riktignok elementer som kan passe inn under et *moralsk narrativ*. For eksempel gjennom en oppfordring til bedret kommunikasjon med, og informasjon til, den fødende for å skape trygghet. Når jeg ser helhetlig på narrativet er jeg fristet til å plassere det inn i en selvlaget kategori som jeg vil kalle *søkende, eller spørrende, narrativ*. Til forskjell fra forståelsen av Frank sitt *quest narrative* ser jeg dette som en typologi hvor fortellingen bærer preg av en søken etter mening og egen forståelse av livshendelsen. Anna fremstår i narrativet som letende etter om det hun føler er godt nok for datteren, om datteren har det bra nok, og om dette i det hele tatt er noe hun bør tenke på videre. Det er ikke en positiv utgang med en konklusjon om at; ”nå er alt bedre og vi kan gå videre”, men snarere; ”Er dette noe jeg bør ta opp og utrede videre?” Slik oppfatter jeg det som et *søkende narrativ*.

---

Det at fødsel og barseltid er en sårbar periode for kvinnens psykiske helse viser flere av informantenes historier. Ønsket om å gjøre det beste for barnet sitt, og forventningene i forhold til å klare dette, stemmer ikke alltid overens med hvordan virkeligheten oppleves. Tilknytningen mellom spesielt mor og barn, har stort fokus, og amming er ofte satt i nær sammenheng med tilknytningsaspektet. Frykten for å ha klart å skape den viktige tilknytningen med barnet var sentral også for Kari, som er neste informant. For henne fremsto ammingen som selve forutsetningen for god tilknytning.

## 5.5 Kari

*Jeg slet med mamma-selvtillitten i utgangspunktet, og når jeg ikke klarte å amme han følte jeg meg som en veldig dårlig mor. Jeg ble redd for at vi ikke hadde noen tilknytning.*

Kari har blitt mamma for første gang. Hun har vært psykisk syk siden slutten av tenårene, men ikke under diagnosen depresjon. Barnefaren har hun vært i forhold med, men det har vært turbulent og var avsluttet da hun ble gravid. Under graviditeten kuttet hun all kontakt med han, fordi hun følte at kontakten ble en ytterligere belastning. Hun har i starten av svangerskapet lite støtte fra familien sin, noe som kom av en bekymring fra deres side for hvordan hun skulle klare morsrollen når hun strevet med egen helse. Selv var hun likevel aldri i tvil om at hun ville beholde barnet. Hun gledet seg til å bli mor, og så ikke for seg spesielle problemer utover mindre søvn og nye oppgaver. Kari var under god oppfølging fra psykiater som hun har gått til over tid. Psykiateren fulgte henne inn i svangerskap og morsrolle. Helsesøster på helsestasjonen var informert om hennes bakgrunn og ble sannsynlig ekstra oppmerksom på Kari's psykiske tilstand som nybakt mor, som en viktig del av sitt faglige ansvar. Kari på sin side opplevde det fortvilende og provoserende stadig å bli møtt med fokus på sin psyke. Hun ville bare tenke på babyen og den nye rollen sin, ikke snakke om det som lenge hadde vært vondt og vanskelig. Hun hadde behov for avstand til den delen av livet sitt da. Dersom hun skulle få vanskeligheter rundt akkurat det, ville hun ta det opp med sin psykiater. Det gikk imidlertid veldig fint under svangerskapet i forhold til hennes kjente problematikk. Svangerskap og fødsel forløp uten større vanskeligheter, og hun satt igjen med en god opplevelse av begge deler, selv om det var en del ustabilitet under svangerskapet med hensyn til hennes nære relasjoner og økonomi.

Det som utpeker seg som vanskeligst for Kari gjennom narrativet er skepsisen hun møtte og det hun opplevde som mistenksomhet i forhold til at hun kunne bli syk og miste kontroll. Fra sykehusoppholdet fortalte hun blant annet;

”... Men min historie tilsa at jeg har ikke lov å være på barselhotellet fordi at jeg har vært syk. Og det var et kjempestyr om det, og om kanskje jeg burde ha ekstra oppfølging sånn at ikke jeg skulle skade barnet. (...) Så det ble veldig mye usikkerhet for meg... og jeg har jo en behandler, jeg har en psykiater, som jeg snakker med ennå. Hun ville komme, for jeg har kjent henne gjennom veldig mange år nå, så hun ville veldig gjerne komme og se babyen, og når jeg da sa det... ja, nei da ville de ha et møte med henne, og da ble jeg veldig, veldig sint, fordi jeg på en måte har gjort alt jeg kunne for at jeg skulle klare dette godt, også ja.. Ja, så det ble virkelig mye styr, og det ble til slutt nesten bare vondt å være der, og jeg ville egentlig bare hjem.”

Det opplevdes som en kamp for henne å vise at hun kunne mestre dette til tross for hva hun hadde vært igjennom fra før. Det å da møte skepsis og mistro, heller enn støtte og oppbyggende ord, gjorde at hun måtte kjempe enda hardere for å bevise at hun kunne klare å

være mamma. Slik ble nok ammingen noe konkret hun kunne gjøre for barnet, og noe som ble veldig viktig for henne å mestre.

### **5.5.1 Amming og tilknytning**

Kari uttrykte at hun opplevde et sterkt ammepress på sykehuset, at ammingen var noe hun måtte få til for barnets beste. I tillegg hadde hun lest og hørt om alle fordelene for barnet ved å bli ammet. Så da hun til slutt måtte gi opp ammingen etter brystbetennelser og antibiotikakurer, og babyen foretrakk flaske fremfor bryst, beskrev hun det som et stort nederlag.

”Sånn at.. jeg tror det som gjorde det, -og av og til kan gjøre det verst enda, er at jeg ikke har klart å amme ordentlig. –Altså han har fått morsmelk, i alle fall den aller første tida, og noen uker. Men ikke sant, det er et ammepress som er helt sinnsykt i dette landet. (...) Det er helt sprøtt, og det er på en måte.., de snakker jo om at det går ikke an å få samme type kontakt når du gir flaske og... Og selv om, ikke sant, han kjenner jo meg igjen, og han smiler når jeg kommer og han kjenner jo pusten og... men altså, det jeg kan kjenne, eller har slitt kjempemye med hele tiden, er jo at... kanskje ikke det betød noe for han om han var på brystet til mamman min, søsteren min, venninnen til venninnen min..eller meg, på en måte. (...) og uansett hva folk sa så klarte jeg ikke å skjønne.., jeg klarte ikke å tro på at uansett om man ammer eller ikke så kjenner de mamman sin. (...) Og det var vel der det aller verste lå for meg.”

Kari tvilte ikke på sine egne følelser overfor barnet, men var redd for at hun ikke gjorde de rette tingene overfor barnet, og dermed for at barnet ikke hadde det bra og ikke ble knyttet til henne slik det bør være. Tilknytning er et sentralt og mye brukt begrep når det gjelder spedbarnstiden og samspillet mellom mor og barn. Helsesøster har stort fokus på det ved oppfølging av babyene. Det sees da oftest på i hvilken grad barnet er oppmerksom på stemmen og kontakten med mor. Amming omtales ofte i forbindelse med tilknytning, og sees som en god og naturlig måte å få kontakt med barnet på, både rent fysisk og med tanke på kommunikasjon. Kari var opptatt av dette, og ga uttrykk for en oppfattelse av amming som selve nøkkelen til en god tilknytning.

”Men, jeg tror nok det var det verste, og det var jo det som gjorde at jeg nesten tippet over i fødselsdepresjon, fordi..jeg plutselig ikke.., jeg følte ikke vi hadde noen tilknytning overhodet, enda jeg var jo veldig, veldig glad i han, så det gikk jo ikke på at jeg ikke følte noe for han, det gikk på at jeg følte vi ikke hadde tilknytning for at jeg ikke klarte å amme.”

Amming blir noe veldig konkret godt en mor kan gjøre overfor barnet sitt. Når det oppfattes som så vesentlig at barnet ammes for dets trivsel og utvikling, kan det bli en stor stressfaktor for moren dersom hun ikke får det til. Kari hadde problemer med selvfølelsen fra før av, og vanskene med ammingen svekket selvtilliten som mor ytterligere. Situasjoner hvor for



eksempel moren hennes klarte å roe sønnen når han skrek, og hun selv ikke klarte det, førte til en bekreftelse av de negative tankene hennes. Hun opplevde at hun ikke var så betydningsfull for barnet sitt som hun burde som mamma, og det var en vond følelse.

Ellingsæter (2012) skriver at det i flere nyere studier er satt kritisk søkelys på det normative presset som eksisterer overfor mødre om å amme (2012, s.140), og bekrefter slik Karis opplevelse av ammepress. Til grunn for presset ligger en forståelse av at amming er innbakt i forståelsen av ”den gode mor”. Kvinner generelt ønsker å være gode mødre, og ekspertrådene om amming regulerer deres handlinger som mødre. Det er ikke bare ernæringsperspektivet som taler for ammingen, men også tilknytningsaspektet, i tråd med Kari sin opplevelse. Hudkontakten og kommunikasjonen som naturlig følger med det å amme hevdes å være viktig for tilknytningen mellom mor og barn. Det er et videre diskusjonstema hvorvidt mating med flaske og morsmelkerstatning kan fungere like godt, eller ikke, og det skal ikke utdypes her. Men det opplevde ammepresset er reelt for mange. Unge, usikre mødre som Kari er nok de som lider mest under dette dersom de ikke lykkes med ammingen.

### **5.5.2 Pasient på godt og vondt**

Kari sa at hun nok ikke direkte har hatt en fødselsdepresjon, men at hun var på grensen til det. Hun hadde symptomer på det i tiden med brystbetennelsene og ammeproblemer, men det ble fanget opp og tatt hånd om før det utviklet seg. Det sa hun var takket være den gode oppfølgingen hun hadde. Det at hun var i et system fra før opplevdes i starten som en belastning, men ble altså etter hvert det som reddet henne fra å bli mer syk. Sett utenfra gjorde også helsepersonellet ved barselavdelingen på sykehuset og ved helsestasjonen et godt arbeid i forhold til å observere og være oppmerksomme på eventuelle symptomer på psykiske vansker hos Kari. Karis narrativ viser samtidig hvordan det fra et pasientperspektiv kan oppleves å hele tiden måtte jobbe for å være god nok, frisk nok, og ikke bli sett på som en psykisk syk som trenger å voktes. I Karis tilfelle ville det trolig vært bedre om jordmødrene og barnepleierne ved barselavdelingen hadde opptrådt mer støttende overfor henne, ved å bygge opp under selvtilliten som mamma, heller enn å vise henne så tydelig at de var oppmerksomme på hennes psykiske helse. Det kunne kanskje heller vært satt av litt mer tid enn ellers til læring av gode ammeteknikker, i stede for at flere ulike personer kom innom og ga sprikende instruksjoner. Det kan imidlertid også tenkes at Karis lave selvtillitt knyttet til det å bli mor i utgangspunktet bidro til at hun tolket ethvert spørsmål om hvordan hun hadde det som mistenksomhet overfor henne som mor.

### 5.5.3 Klassifisering

Når jeg forsøker å plassere Karis narrativ innenfor en av Frank sine typologier, finner jeg elementer som gjør at det kan passe inn under gruppen av *restitusjonsnarrativ*. Jeg oppfatter likevel sterkere elementer innenfor et *kaosnarrativ*. Det er blant annet fordi Kari uttrykte at det fortsatt var vondt for henne at hun kjente seg forhåndsdomt og møtte mistillit i rollen som mor fra helsepersonell, og fra familien i starten. Jeg oppfatter henne som fortsatt søkende i forhold til om ammeproblemene har påvirket sønnen negativt ved at tilknytningen deres er for dårlig. Riktignok er hun mer avslappet i forhold til dette og har tro på at de har en god nok tilknytning, men jeg ser ikke den tydelige positive utgangen som et *restitusjonsnarrativ* gjerne har. Det er også litt vanskelig å holde tråden tidvis gjennom fortellingen hennes, det er momenter fra ulike perioder som kommer frem, og dette er et narrativ hvor jeg har måttet omkonstruere noe for å skape en struktur til hjelp i analysen.

Av Bury sine typologier mener jeg fortellingen til Kari kan ligne et *kjernenarrativ* ved at den formidler noen kulturelt pregede aspekter rundt amming og tilknytning. Hun snakker om ammepress og tilknytning på en måte som gjenspeiler betydningen av disse sidene ved barsel og spedbarnstiden i vår kultur. Fortellingen formidler at det er stort fokus på dette og konsekvenser dette sterke fokuset kan ha.

---

Kari formidler gjennom sitt narrativ hvordan hun strevde for å overbevise omverdenen, og kanskje aller mest seg selv, om at hun kan mestre morsrollen. Hun vil gi barnet sitt det beste, og ammingen sto sentralt. Opplevelsen av å mislykkes med dette konkrete, og dermed ikke oppnå den riktige kontakten med barnet sitt, gjorde henne usikker og i behov av hjelp for å unngå å bli syk. Den neste og siste informanten jeg skal introdusere har gjort helt andre erfaringer gjennom fødsel og barseltid, men viser likevel i likhet med Kari også viktigheten av å være på plass i seg selv som mamma.

## 5.6 Kristin

*Jeg fokuserte så mye på babyen og alt som skjedde rundt den, at jeg "mistet" meg selv.*

Kristins narrativ har en nokså dramatisk begynnelse, hvor det gis en lengre beskrivelse av vanskeligheter rundt fødsel og i spedbarnstiden.

Kristin var 21 år da hun ble uventet gravid. Hun var sammen med barnefaren på det tidspunktet, men underveis har forholdet skrantet og de gikk fra hverandre etter at barnet var født. De ble gravide til tross for bruk av prevensjon. Selv om barnet ikke var planlagt, følte hun seg klar for å bli mor. Hennes nærmeste sa at hun burde ta abort, og at det var for tidlig å få barn. Men hun ønsket å bære frem barnet. Svangerskapet var ikke helt enkelt, mye svangerskapskvalme med oppkast, og bekkenløsning. Likevel hadde hun fine opplevelser også med det å være gravid og kjenne liv i magen.

Fødselen ble dramatisk, for både henne og babyen. Barnet lå i seteleie og det var andre komplikasjoner som gjorde at det å føde vaginalt ikke kunne gå bra. Det endte med hastekeisersnitt, og det var så vidt babyen klarte seg. Selv var hun veldig sliten, og narkosen var en stor påkjenning for kroppen. Det gikk bra med henne og babyen gjennom dette, men i barseltiden dukket det opp nye problemer. Kristin fikk betennelse i keisersnittet og måtte inn på sykehus for behandling. Det var ikke så enkelt å få den tiden med den nyfødte som hun ønsket. Ammingen gikk likevel ganske bra, og hun kjente stor glede over barnet. Men så, da dette hadde bedret seg, etter tre måneder til og fra på sykehuset, ble barnet sykt med luftveisinfeksjon. Undersøkelser i den forbindelse viste at babyen hadde hull i hjertet. Dette er noe alle foster har. Normalt sett lukker det seg før fødsel, men ikke hos alle. Det må observeres, og lukker det seg ikke av seg selv etter en stund, må det operasjon til. I Kristins tilfelle blir det operasjon for datteren om 4-5 år. Kristins narrativ inneholder en lang beskrivelse av alt det fysiske som skjedde, rundt og etter fødsel, samt følger for barnet av hullet i hjertet. Blant annet sov jenta hennes mye mer enn de fleste andre babyer. Hun trengte mer hvile. Kristin fortalte at hun brukte mye energi i starten på å bekymre seg for babyen, men hun lærte etter hvert å slappe mer av og stole på den tette oppfølgingen de fikk.

Tegnene på fødselsdepresjon merket hun egentlig allerede de første dagene etter fødselen. Men da var det så mye annet, fysisk, som skjedde, så hennes reaksjoner ble forklart som en følge av medisiner og at hun var sliten. Det var først da hun kom hjem til seg selv etter de tre månedene på sykehuset at symptomene virkelig kom veltende over henne. Det var mye gråt og frustrasjon, og hun kjente på skyldfølelse for at det ble så galt i starten med babyen. Da det toppet seg for henne tok barnefaren affære og de fikk et krisemøte ved legevakten. Deretter ble hun videresendt til psykolog ved helsestasjonen og fikk videre oppfølging.

Kristin beskrev et komplisert forløp med fødsel og ting som kunne gått riktig galt med babyen. Det ble et stort fokus på babyen og på det fysiske ved hennes egne smerter, og da hun sa i fra på sykehuset om depresjonssymptomene hun kjente ble de forklart som bivikninger av

medisinene hun fikk – men at dette var medisiner hun likevel var nødt til å ta. Hun fortalte hvordan hun la depresjonen ”på hold” da datteren ble syk og de måtte inn på Barneklubben; ”Eh, akkurat der så tror jeg faktisk at jeg satte det litt på vent. Da var jeg , jeg overnattet oppe på Barneklubben og sånt. Jeg ville ikke vise så mye...verken til de ansatte eller noen, at jeg hadde det tøft. (...) Da satte jeg det litt på hold i en uke, også hadde jeg fått time hos psykologen noen dager etter at vi skulle komme hjem.”

Hun ble ikke lyttet til da hun sa i fra om depresjonsfølelsen rett etter fødselen, og erfarte da kanskje at det ikke førte noen vei å si fra om det. Samtidig var det kanskje ønsket om å være en sterk mor, og evnen til å ha fokus på barnet, som gjorde at hun satte sitt eget til side. I narrativets midtparti beskrives mer av tilstanden med depresjonen, og hvordan det artet seg for henne. Hun beskrev flere ganger en stor ansvarsfølelse overfor barnet, og for det å beskytte datteren. Det svingte veldig hvordan hun hadde det, og hun strevde med en ambivalens i forhold til det å være mye sammen med barnet;

”...Jeg ville være med barnet, men så hadde jeg ikke lyst til å være med barnet likevel, for jeg følte at...at hun ville bli påvirket. Hvis jeg var mye lei meg, så ville hun merke det. Jeg var kjemperedd for at hun skulle liksom bli en deprimert baby.”

Det kom altså ikke av at hun ikke orket eller ønsket babyen, men av hensyn til babyen. Det å stille babyen var det heller ikke noen negative følelser knyttet til.

”Det var...innimellom så var det nesten litt for mye.. Altså, jeg forsømt meg selv for å passe på henne. (...) Det var jo gjerne sånn at jeg , ja altså, jeg dusjet, men det var ikke noe., det var jo sånn inn og ut. Jeg tenkte ikke..., ja, hadde ikke lyst til å tenke på meg selv egentlig.”

Det er lett å tenke at depresjonen og de psykiske reaksjonene til Kristin var veldig naturlige, som en reaksjon på alt som hadde skjedd, og med bekymringen for datteren som hadde hull i hjertet. Det at hun fikk en beskyttelsestrang og et slags kontrollbehov over datteren kan også sees som en naturlig konsekvens av det de var igjennom;

”Jeg ville vel egentlig ikke at noen andre skulle passe på henne. På det tidspunktet så var det vel egentlig helt utenkelig at hun i det hele tatt skulle begynne i barnehage.”

### **5.6.1 Mors ivaretagelse av seg selv**

Min tolkning av Kristins narrativ er at det fremstår som en formidling av en svært tøff tid som begrunnelse for hvorfor hun fikk det vanskelig med seg selv. Begrunnelsen er ikke vanskelig å forstå, hun har opplevd en svært utfordrende start med sitt første barn. Videre har hun over tid tilbakeholdt egne reaksjoner, og ikke fått bearbeidet alle følelsene hun som nybakt mor til et sykt barn har gått med. Babyen tok all hennes oppmerksomhet og hun ”mistet” seg selv litt. Plottet representerer slik en sammenfatning av den meningsbærende formidlingen hennes i

narrativet. Formidlingen vises enda tydeligere i avslutningen hvor hun sa noe om hva som konkret hjalp henne til å få det bedre;

”Jeg har...eller jeg holder på med hest. Jeg har min egen hest. Og i slutten av svangerskapet så satte jeg han ut på før. Jeg sendte han vekk, slik at noen andre tok vare på han. Også var det vel når..., ja hun var vel ca 7 måneder da, så fikk jeg han tilbake. Det hjalp veldig! For da fikk jeg liksom tilbake... for jeg har holdt på med hest i sånn 10 år. Da fikk jeg liksom tilbake det jeg har gjort hver eneste dag. (...) Bare liksom gå opp i stallen og.. slutte og tenke, og dra ut på hesten ut på egen tur, og bare tømme hodet for tanker. (...) Så etter et par måneder med det, så følte jeg egentlig at ..da begynte jeg å gå ut på byen igjen med noen venninner, og begynte å pynte meg skikkelig igjen.”

Hun hadde jobbet veldig mye med den hesten, for å få han ridbar, og klart det. Det opplevdes som noe veldig givende, det ga mestringsfølelse, og selvtilliten fikk en oppsving igjen. Hun ble minnet om at hun kunne noe mer enn å være oppofrende nybakt mor, og ble en mor som også tok vare på seg selv igjen. Kristin hadde på intervjuetidspunktet fremdeles kontakt med psykologen ved helsestasjonen, og kunne få en time dersom hun følte behov. Det, samt en barselgruppe hun har blitt med i via sosiale medier, mener hun også har bidratt til at hun har fått det bedre igjen.

Gjennom den første tiden med et spedbarn som krever ekstra hensyn og omsorg, hvor Kristin som mamma også gjennomgikk egne smerter, beskrev hun et følelseskaos, hvor hun kjente seg fremmedgjort i situasjonen og verden ble ny og uvirkelig. Kristin håndterte utad situasjonen bra, men dersom hun hadde fått muligheten til å dele egne tanker og følelser, ville hun kanskje hatt det bedre med seg selv også. De kaotiske følelsene og usikkerheten ble i stede liggende under overflaten og gjorde henne sliten og trist. Da Kristin etter hvert ble i stand til å se bakover i egen situasjon så hun at hun ikke klarte å huske på det som var viktig for henne ellers i livet. Den nye identiteten ble altoppslukende. Heldigvis kom Kristin til den forståelsen selv og fikk bearbeidet tankene og følelsene sine videre. Kanskje er nettopp det å være på plass i seg selv og ivareta seg selv som person vesentlig for å kunne være en god mamma. Veibenstad (2013) har skrevet en artikkel med 15 råd for å være en god mor, basert på tips fra foredragsholdere og coacher som jobber med småbarnsforeldre. Et av rådene som gis der er å ikke være selvutslettende, men ta vare på egne interesser og hobbyer, trening og sosialt samvær. Det er viktig at en mor gjør andre ting hun synes er hyggelig, så lenge det ikke tar overhånd og stadig går på bekostning av tid med barnet. I tråd med Stern (2000) sin teori, er det først når den nye identiteten er integrert i kvinnen, at hun fungerer optimalt som mor. Morsrollen blir en av flere roller en kvinne har i livet sitt, selv om det kan sees som den mest sentrale. For Kristin sin del fikk hun det bedre når hun fant igjen andre ting som var viktig for henne, og hun følte seg mer på plass i seg selv igjen.

### 5.6.2 Klassifisering

På grunn av at Kristin fortalte så mye fra fødselen og problemene i barseltiden, var det vanskelig i starten å få oversikt og se helheten i narrativet. Det fremsto som noe rotete og det var også her behov for å skape mer struktur for analysen. Det var mange hendelser og opplevelser hun fortalte om i intervjuet. Fortellingen ligner i den forstand mye et *kaosnarrativ*. Samtidig er det en positiv utgang, hun evner etterhvert å se bakover og har fått forståelse for hva som gjorde henne bedre. Den delen av narrativet mener jeg ligger innenfor et *restitusjonsnarrativ*, også fordi hun beskriver symptomene, hvordan hun håndterte dem, og hvorfor hun mener de kom. Hun presenterer slik et reflekterende tilbakeblikk. Jeg oppfatter samtidig at hun presenterer en moralsk oppfordring gjennom sitt narrativ. Den går til mødre om å huske å skape rom for ivaretagelse av seg selv og egne interesser ved siden av morsrollen. Det var viktig for henne og fremstår som vendepunktet for hennes tilfriskning. Slik ser jeg det også som et *moralsk narrativ*.

## 5.7 Oppsummering av funn

Gjennom arbeidet med informantenes narrativ, sees enkelte fellestrekk ved de beskrevne opplevelsene og erfaringene til hver av mødrene. Det sees også ulikheter som har bakgrunn i informantenes ulike utgangspunkt med hensyn til alder, sosial og familiær bakgrunn, tidligere erfaringer, samt ulik kontekst og personlighet. Hovedtematikken som preger narrativene kan ha klare likhetstrekk, men elementene som bygger opp under tematikken er forskjellige. Måten hovedtematikken, som vises til gjennom plottet, kommer til uttrykk på er også ulik. Som nevnt tidligere er for eksempel problematikk relatert til opplevelsen av tilknytning og en bekymring for kvaliteten på denne, felles for Kari og Annas narrativ. Anna er likevel mer søkende i forhold til hva det dreier seg om og hvorfor hun føler det slik overfor barnet. Hun er usikker på om egne følelser for barnet er gode nok. For Kari sin del kommer bekymringen mer til uttrykk som en usikkerhet i forhold til det praktiske, og at det hun ikke opplever å mestre skal bidra til svake bånd mellom henne og barnet.

For både Eva og Berit er følelsen av skam og mislykkethet i morsrollen et fremtredende og sentralt tema, men det har ulike utslag og de har forskjellig symptombilde. Eva opplevde et stort kontrollbehov overfor babyen, og slapp ikke andre til for å hjelpe til eller ta del i nærheten med barnet. Hun fikk sykdomsforstillinger om egen kropp og tilstand før hun etter hvert så hva hun faktisk slet med. Berit var veldig sliten og beskriver en mer apatisk og trist tilstand, hvor hun kjente seg mislykket som mor fordi hun ikke klarte å ta hånd om hjemmet

og alt det praktiske slik som før. Ingen av dem beskrev at problemene fikk konsekvenser for omsorgen eller følelsene for barnet.

Gjennom Pernilles narrativ gis innblikk i en reflekterende historie hvor hun omtaler egen personlighet og måten hun har levd sitt voksne liv på som bakgrunn for depresjonen. Hun fremhevet den store overgangen det å få en baby medfører i en voksen kvinnes liv, hvor tap av kontroll og frihet er konkrete forhold hun ser som utløsende for hennes reaksjon.

Sjette og siste narrativ er Kristin sitt, hvor hun beskrev en vanskelig start på morsrollen fordi barnet ble sykt, og det i tillegg var komplikasjoner under fødselen som medførte smerter og frykt for å miste både barnets og eget liv. Det å finne tilbake til seg selv og deler av det livet hun hadde fra før, bidro til at hun kom seg, samtidig med at forholdene rundt datteren stabiliserte seg mer.

Samtlige informanter hadde tanker om at deres tilstand kunne ha negativ påvirkning på barnet. Det kommer for eksempel frem i utsagn som; ”jeg gråt aldri foran babyen”, ”jeg var redd for at hun skulle bli en deprimert baby og vekslet derfor mellom å ville være sammen med henne og ikke” og ”jeg ga han vel nesten litt for mye når det gjelder spesielt amming”. Et annet område jeg ser som gjentakende i noen av informantenes narrativ er behovet for informasjon og kommunikasjon. Spesielt savnet av at noen tør å si noe om det negative i forkant av barnets ankomst, som at fødselen kan være tøff og smertefull, og at spedbarns- og småbarnstiden kan være særs utfordrende med spesielt fokus på overgangen i livssituasjon. Informasjon fra helsepersonellet under fødselen har i tillegg vist seg å ha stor betydning for fødselsopplevelsen, og kan ha betydning for den videre opplevelsen og reaksjoner i spedbarnstiden. Det kommer spesielt frem gjennom Anna og Eva sine narrativ. Et tredje forhold som gjenspeiles gjennom flere av de seks narrativene går på at det fortsatt er nokså tabubelagt å streve psykisk som nybakt mor. Frykten for å ikke mestre morsrollen og føle seg som en dårlig mor er stor. Det medfører følelsen av skam og vanskeligheter med å akseptere problemene for seg selv, og omgivelsene. Flere uttrykker ensomhetsfølelse som kan antas å være konsekvens av dette. Disse nevnte forholdene som er felles for flere av eller alle informantene vil jeg bringe videre i drøftingsdelen i neste kapittel hvor de overordnede temaene er moderskapet og fødselsdepresjonen.

Jeg synes det er relevant å merke seg at ingen av informantene beskrev symptomer knyttet til ambivalente følelser relatert til det å ønske barnet, trang til å skade det, eller sette det vekk. Basert på litteratur er det mitt inntrykk at slike destruktive uttrykksformer forekommer nokså

ofte ved fødselsdepresjoner. Jeg hadde derfor forventet å finne dette i ett eller to av narrativene. Det er imidlertid svært sensitive tema som det sannsynligvis også ville være svært vanskelig for informantene å fortelle om dersom de hadde vært eksisterende. Det å fortelle om at det var vanskelig å mestre overgangen til morsrollen og de krav den medfører, viser seg vanskelig nok i seg selv. Symptomatologi som innebærer negative følelser overfor barnet vil naturlig nok være enda vanskeligere å akseptere og dele.

## **5.8 Klassifiseringens bidrag**

Utgangspunktet for å inkludere typologi, eller klassifisering, av narrativene inn i analysen var å strukturere dem for å få mer overblikk, tydeliggjøre helheten og få frem et eventuelt budskap med fortellingene. Dette synes jeg har vært fruktbart, typologiene har tjent sin hensikt. Det oppleves som at analysen løftes opp et nivå slik at essensen i narrativene trer sterkere frem. De til sammen seks typologiene til Frank og Bury har vært godt anvendbare for alle de seks fortellingene, selv om det til tider er vanskelig å plassere dem innenfor én typologi. Oftest har det vært slik at fortellingen passer inn under to typologier. Frank sine typologier; kaosnarrativ og restitusjonsnarrativ er gjennomgående mest anvendt. Det viser seg som en kanskje typisk bevegelse fra kaos til restitusjon i den livshendelsen som fødselsdepresjonen representerer. Likevel er det elementer av søkende narrativ også, hvor noen av informantene uttrykker et ønske om å oppnå noe med å fortelle historien sin. Det å bidra til hjelp for andre som kommer i lignende situasjon er motiverende for å fortelle. Eva har for eksempel et nokså tydelig budskap om at fødselsdepresjon ikke er noe å skamme seg over, det er ikke ensbetydende med å være dårlig mor. Sammen med budskapet om å tørre å snakke om slike vanskelige følelser, opplever jeg at det er dette hun ønsket å få frem gjennom å fortelle sin historie. Av Bury sine typologier har også alle tre blitt trukket inn i analysen, selv om flertallet har hatt elementer av moralsk narrativ. Der fortellingen trekker mest i retning av en søkende fortelling, er det også nærliggende å plassere den inn under Bury sin moralsk typologi, slik jeg har gjort det med Eva sitt narrativ. I forbindelse med Anna sitt narrativ laget jeg en ny typologi, fordi jeg fant det vanskelig å klassifisere fortellingen kun innenfor en eller to av Frank sine typologier. Dette hjalp meg til å se at hennes fortelling skiller seg noe ut fra de øvrige ved at den munner ut i en spørrende form, samt at Anna på intervju tidspunktet fremdeles strevde en del med følelsene sine. De andre fem var i større eller mindre grad mer i stand til å se bakover på tilbakelagte vonde følelser. Alt i alt har det



for meg som forskende vært lærerikt og nyttig å gjøre bruk av typologier inn i analysen. Det har bidratt til klarhet og et bedre overblikk over materialet.

## **6.0 LIVSHENDELSENE; MODERSKAPET OG FØDELSDEPRESJON**

### **– EN DISKUSJON**

Her vil jeg forsøke å trekke de tema jeg ser som sentrale funn fra forrige kapittel videre inn i en diskusjon med utgangspunkt i det å bli mor og moderskapet i moderne tid. Diskusjonen vil stå i lys av et sosialt og kulturelt perspektiv, i tillegg til psykologiske aspekter. Hva sier disse seks informantenes fortellinger om hvordan det er å oppleve psykiske vansker som nybakt mor i Norge i dag? Hva har de opplevd spesielt vanskelig, og hva opplever de går bra? Og ikke minst, hvordan har det å ha psykiske vansker i denne tiden påvirket deres opplevelse av å tre inn i morsrollen? Det er en for snever og lite tilfeldig sammensatt gruppe av informanter til å kunne trekke ut generelle betraktninger, og det er heller ikke hensikten med denne studien. Fortellingene kan likevel tjene til en hensiktsmessig drøfting av noen tema basert på informantenes reelle opplevelser. Drøftingen kan kanskje munne ut i problemstillinger det muligens er et behov for å gå videre på i forskning og arbeid i forhold til fødselsdepresjon og moderskapet i dag. Kanskje angår det spesielt holdningene til slike psykiske vansker og forventninger til moderskapet blant folk flest. Gjennom drøftingskapittelet ønsker jeg også å bidra til en forståelse av hva som forventes av dagens mødre, og hvilken dyptgripende endring det bringer inn i tilværelsen å bli mor.

## **6.1 Moderskapet**

### **6.1.1 *Den gode mor* i det moderne**

Kommer krav og forventninger som stilles til kvinner i dag på kant med ønsket og behovet om å være ”den gode mor”? Hvilke kvaliteter som kjennetegner en god mor har som tidligere beskrevet ikke endret seg i særlig grad over tid. Evnen til å gi omsorg og nærhet, ubetinget kjærlighet og varme betegner de moderlige egenskapene, i tillegg til de praktiske ferdighetene som går på stell og pleie av barnet. Uavhengig av om moderligheten sees som noe latent medfødt hos enhver kvinne, eller det sees som noe tillært, er egenskapene som betegner begrepet ”den gode mor” de samme (Ellingsæter, 2005). Synet på hvordan en kvinne bør innrette sitt liv og hvordan familiene tilpasser sin situasjon etter at de har fått barn, har derimot endret seg mer. Hva bør en mor gjøre og legge til rette for å kunne være, eller sees som, en slik god mor? Mødres rolle og oppgaver har endret seg drastisk fra å være nesten utelukkende hjemlig og familierettet, til å bli i økende grad

rettet også ut av hjemmet og ha en større økonomisk betydning. Begge foreldre skal nå prestere på flere arenaer, og skillet mellom kjønnene er ikke lenger så tydelig som for tidligere generasjoner. Det er betegnende for majoriteten av dagens foreldrepar i Norge som Helene Aarseth (2010) omtaler som ”den likestilte utdanningsmiddelklassen”. Moderskapsbegrepet har i tråd med det sannsynlig fått enda flere diskurser knyttet til seg. Det er mange meninger og påstander om mødre, og synet på hva som betegner en god mor kan også relateres til klassetilhørighet. I Danmark har det i forbindelse med en doktorgradsavhandling i Sosiologi fra 2008 blitt gjort en studie som så på betydningen av klassetilhørighet for kvinner, og i den forbindelse hvor sentralt moderskapet står i synet på egen klassetilhørighet<sup>5</sup>. Funn fra denne doktorgradsavhandlingen antyder at mødre fra arbeiderklassen hever seg moralsk sett over mødre fra middelklassen, ved at de prioriterer tid sammen med barna fremfor økonomiske hensyn. Middelklasseordningen er imidlertid det som anses riktig i dagens samfunn, hvor begge er i jobb og har mindre tid til samvær med barna i hverdagen. I et flerkulturelt samfunn som vi har i dag, vil det også være ulike syn på hvordan en god mor bør innrette seg grunnet påvirkning fra andre kulturer. Et sentralt eksempel på det er hvorvidt en mor bør arbeide eller være hjemme med barna. Det er også et politisk diskusjonstema, noe som kommer tydelig til uttrykk i uenighetene rundt kontantstøtteordningen. I sine analyser av Sigrid Undsets forfatterskap omhandlende kvinner og moderskapet poengterer Christine Hamm (2013) en usikkerhet som preget datidens mødre som hun også finner igjen i dagens mødre. Hun støtter seg til Julia Kristeva som mener moderskapet er uklart fordi det mangler begreper for å beskrive hva det inneholder. Denne uklarheten sammen med de ulike syn på hvordan man er en god mor, kan bidra til usikkerhet. Usikkerheten ved dette kan forklare noe av sårbarheten ved det å bli mor. I forlengelsen av det kan Kristevas påstand om at mangelen på overordnede begrep om moderskap bidrar til psykisk sykdom virke realistisk.

Psykolog Guri Vindegg (2010) fremsetter i en kronikk påstanden: ”Der forrige generasjons mor måtte kjempe for å få være noe mer enn bare god, må dagens mamma kjempe for det å få være god.” I det legger hun at det oppleves som at det nå stilles krav til mødre om ikke å ofre seg selv for barnet, men passe på at det livet de har levd fra før får fortsette nokså uberørt av barnets ankomst. Det kommer oppfordringer utenfra om å være sterk og stå på, for det å få barn skal ikke gjøre en kjedelig. Oppfordringene starter alt i svangerskapet under mantraet ”du er ikke syk når du er gravid” (Vindegg, 2010). Det er fokus på separasjon tidlig, for eksempel ved fraråding av samsoving og å amme barnet i søvn. Selv om Vindegg skriver dette i en humoristisk sjargong har det rot i hennes opplevelser og tanker under egen svangerskapspermisjon, og hun peker på en

---

<sup>5</sup> Faber, Stine Thidemann sin doktorgradsavhandling fra 2008: På jagt efter klasse. Referert til i artikkel hentet fra Kilden informasjonssenter for kjønnsforskning.

interessant og vesentlig endring i forventninger til dagens kvinner. Vi har en samfunnsmessig tendens til å se ned på kvinner som velger å være hjemmeværende, eller kvinner fra andre kulturer hvor de ofte får mange barn og er hjemme og tar seg av dem i stede for å gjøre karriere på jobb. Det kan synes som dagens kvinner i vestlig kultur skal ha litt av alt, og helst klare alt like godt. Barn og familieliv er noe de aller fleste ønsker seg og på et tidspunkt gjør alvor av. Den største konsekvensen endringen i kjønnsrollene viser seg med, er som beskrevet tidligere ved øket alder for nettopp det å stifte familie. Det er et fåtall som utelater familielivet. En annen konsekvens det kan se ut til å ha fått, er de endrede familiestrukturene vi har i dag med felles barn, barn fra tidligere ekteskap og samboerforhold og flere aleneforeldre. Dette er forhold som ikke skal drøftes videre i denne oppgaven, men som nevnes fordi det viser en side ved situasjonen til dagens mødres satt i et sosiokulturelt lys. Vindegg (2010) setter med sin kronikk ord på noe som mange mødre kan tenkes å streve med i dag; konflikten mellom det å ønske å gjøre alt det beste for barna sine, samtidig som jobb og hverdagskravene spiser opp tiden, og det blir lite igjen til kvalitetstid med barna. Det kan medføre misnøye med tilværelsen som over tid kan bidra til utbrenthet og andre psykiske reaksjoner. Barna er til tross for dette i større grad enn før sentrum for familiene. Fokus på barnets beste har vel aldri vært større i vår kultur enn det er i dag. Samtidig kan kravene utenfra til foreldrene synes å være større enn før i form av prestasjon og tilstedeværelse i arbeidslivet. Sett i lys av dette tror jeg Hamm (2013) har helt rett i at moderskapet står som et akutt og problematisk emne for norske kvinner, også med tanke på at det tradisjonelle synet på mor som nærmest barneoppdragelse og omsorgsoppgaver fremdeles preger familiebildet i vår vestlige kultur.

For informantene i denne studien kommer forholdene beskrevet over til uttrykk ved den store endringen det medfører i deres tilværelse å bli mor. Med fødsel og barseltid kommer en helt ny hverdag inn i livet deres hvor fokus er på det nære, og å skape ro og trygghet for den lille som er kommet inn i tilværelsen. Barseltiden beskrives ofte som ”å gå inn i en boble” og ”sveve på en rosa sky”. Metaforene uttrykker noe om hvordan resten av livet oftest må stå litt på vent. Overgangen fra den mer selvstyrte, rasjonelle hverdagen til hjemmetilværelse hvor babyen utgjør sentrum for oppmerksomheten og styrer dagens rutiner, kan være svært utfordrende. Planlegging og forutsigbarhet blir vanskeligere, og underskudd på søvn et kjent fenomen. Dagens permisjonsordning tillater spesielt mor å tre helhjertet inn i mammarollen og sette arbeidet til side en tid, og hun kommer oftest med litt tid godt inn i de nye oppgavene. Informantene i denne studien har opplevd at den overgangen har vært litt ekstra vanskelig. Pernille er den av informantene som tydeligst beskriver overgangen og hvordan hun syntes det var vanskelig å tilpasse seg den nye tilværelsen styrt av babyens behov og krav. Kronikken til Vindegg (2010)

beskriver vanskelighetene med å kombinere morsrollen og et aktivt arbeidsliv, når arbeidet i hverdagen faktisk har størst plass for mange. Flertallet av dagens kvinner som får barn er i en situasjon hvor de vet at arbeid eller studier skal fortsettes etter endt permisjonstid, og det er derfor viktig å være litt ”tøff” og ikke gjøre babyen for avhengig av seg. Likevel eksisterer altså behovet for å være tilstede og gi all kjærighet til barnet hos de fleste mødre. Jeg synes Vindegg peker på et interessant spørsmål med sin kronikk; Kan egentlig småbarnsliv og heltidsarbeid kombineres slik at mødre kjenner seg hele i begge roller? Stern (2000) betegner moderskapet som en ny identitet som med tid må lære å eksistere i harmoni med våre andre identiteter (2000, s.183). Han omtaler videre rollene som mor og som yrkeskvinne som de to identitetene det er vanskeligst å finne harmoni mellom. Hvordan hver enkelt kvinne klarer å løse denne konflikten mener han er avgjørende for i hvilken grad kvinnen klarer å integrere morsidentiteten i livet sitt. Pernille fremmer ved sitt narrativ en sentral ulikhet ved de to identitetene, i det hun forteller om vanskeligheten ved det å plutselig være så bundet hjemme.

Moderskapet i spedbarnstiden er intenst fordi babyen er fullstendig avhengig av omsorgspersonen, og vedkommendes evne til å se babyens behov og dekke disse. Det kan være nokså altoppslukende hva angår tid og energi. På grunn av dette, samt av praktiske hensyn ved det å ha en nyfødt baby, tilbringes mye av tiden i eget hjem. Når Pernille forteller om vanskeligheten med å takle overgangen til å bli så bundet hjemme, er hun også inne på en generell endring som kjennetegner det å få barn. Morsrollen er nokså tett knyttet opp mot husmorrollen, vil mange mene (Gullestad 1989, Ellingsæter 2005). Og flere peker på den sosiale forventningen om å fremstå god i husmorrollen med velstelt hjem og hjemmebakst, samtidig som barna bør være velstelte og tilfredse (Aarseth 2010, Vindegg 2010). En god mor kan slik sies å måtte gjøre gode prestasjoner på hjemmebane. Flere faktorer tatt i betraktning kan det se ut til at morsrollen dreier seg mye om prestasjon. Foruten at en mor selv er opptatt av at barnet skal ha det bra, fremstår det svært viktig at også dette vises utad. Et fremtredende eksempel her er amming. Det er allment kjent at det anses som det beste for barnet å bli ammet og få brystmelk. Helsedirektoratet fremsetter anbefalinger for spedbarnsernæring og anbefaler for tiden fullamming første seks måneder, deretter å fortsette ammingen til barnet er ett år, og gjerne lenger (Helsedirektoratet, 2013). Det kan tenkes at ammingen blir et så viktig symbol på omtanken for barnet at det skaper usikkerhet og nederlagsfølelse dersom en mor ikke lykkes med ammingen. Kari sa under intervjuet blant annet at hun opplevde mye prestasjon knyttet til amming i barselgruppen. Det å komme dit og ikke amme, men blande melk i flaske, kjentes vanskelig og var en av årsakene til at hun ikke orket å delta der. Hun kjente seg mislykket fordi hun ikke mestret ammingen. Moderskapet krever at en kvinne tar i

bruk nye sider ved seg selv. Det å være noens mor er i seg selv et ukjent område, og mange kjenner på usikkerhet. Når det i tillegg ser ut til å ligge såpass mye prestasjon knyttet til morsrollen, kan det tenkes å gjøre en allerede sårbar periode enda vanskeligere å håndtere.

### **6.1.2 Moderskapets betydning i en kvinnes liv**

Det har i vestlig kultur lenge, kanskje alltid, eksistert en mer eller mindre ubevisst holdning og forståelse av at en kvinne først er fullverdig kvinne når hun også har blitt mor (Beauvoir, 2000; Rice & Else-Quest, 2006). Denne oppfatningen utfordres i dag ved selvrealiseringsidealet og karriereprioriteringen hos både kvinner og menn. Morsrollen er ikke alltid like enkel å finne plass til i et slikt mer egosentrisk og ytre styrt liv. Til tross for at det er flere kvinner nå enn ved tidligere generasjoner som av ulike årsaker forblir barnløse, får likevel flertallet av kvinner av i dag også barn (Rice & Else-Quest, 2006; Hamm, 2013; Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Dagens velferds- og permisjonsordninger sees som noe av grunnen til at fødselstallene er forholdsvis høye her i Norge. Man kan samtidig spørre seg om det er sosialt akseptert for en kvinne å velge å forbli barnløs? Hvorvidt en kvinne ønsker barnet og føler at hun faktisk hadde et valg antas å ha betydning for hennes opplevelse av å bli mor. Jeg ser det derfor aktuelt å komme innom området frivillig barnløshet i denne oppgaven, selv om videre diskusjon av spørsmålet favner utenfor aktuell tematikk. I vår kultur sees en forventning om at par får barn på et tidspunkt, og gjør de ikke det begynner omgivelsene å undre om, når og hvorfor det ikke kommer barn. Forventningene oppleves naturlig nok vanskelige for de som er ufrivillig barnløse. Et aktivt valg om ikke å få barn medfører sannsynligvis et nokså stort sosialt forklaringsbehov. Det eksisterer en slags antagelse om et instinktivt ønske om barn hos kvinner, og at det å bli mor er en rolle kvinnen naturlig tilpasser seg. Både Beauvoir og Kristeva taler for kvinners rett til valgfrihet, også når det gjelder det å få barn. Beauvoir slår tilbake på tanken om at kvinnen er født egnet til å bli mor, selv om hun fysisk er i stand til å føde barn (Beauvoir, 2000). Det sosiologiske moderskapet betinger ikke gjennomgåelsen av de fysiologiske prosessene, slik Holm omtaler det hun kaller mødring til forskjell fra det å fysisk sette barn til verden (Holm, 2008). Mødring kan læres og må ikke nødvendigvis utføres av en kvinne. Beauvoir er selv et eksempel på en kvinne som ikke har ønsket å få barn. Hun har i tillegg våget å uttrykke det tydelig. For majoriteten av kvinner er det dog referert til som et behov å få barn. Feminismen har ikke kunnet forklare dette varige behovet (Hamm, 2012). Hamm (2012) viser til Kristeva som sier at feminismen har vanskelig for å forklare hvorfor kvinner fortsatt vil sette barn inn i en vond verden. I tråd med dette anser jeg moderskapet som svært betydningsfullt i en kvinnes liv og det er nærliggende å se

for seg en slags biologisk instinktiv drivkraft mot forplantning. Sosial og kulturell tradisjonspåvirkning spiller også en stor rolle, og det er vanskelig å vite hva som har størst betydning. En eventuell beslutning om å ikke få barn vil uansett sannsynlig være nøye overveiet.

Simone De Beauvoir ser på moderskapet som en hemsko for kvinners mulighet til frihet. Til dels har hun rett. Ved å bli mor må man gi avkall på noe. En mor bør sette babyen foran seg selv. Det er likevel nødvendig å finne en balansegang hvor egen ivaretagelse også har plass. Det kan se ut til at det eksisterer en slags moralsk verdikonflikt, hvor den tradisjonelle tanken på mor som selvoppofrende til fordel for barnet fortsatt er eksisterende og gjør det vanskelig for noen mødre å ivareta seg selv godt nok. I følge Hamm (2013) hevder Kristeva at dette tradisjonelle bildet av moderskapet bør forkastes fordi det ikke er reelt, men bygget på voksne menneskers fantasi om moderskap (Hamm, 2013). Kristin viser gjennom sitt narrativ hvor betydningsfullt det var for henne nettopp å finne tilbake til andre sider ved seg selv i tillegg til moderskapet. Fra et psykologisk perspektiv kan det ses en forklaring på bildet av moren som selvoppofrende. Stern (2000) sier det slik at en kvinnes mentale innstilling endres med moderskapet ved at hun uavhengig av tidligere sårbarhetsfaktorer, motiver og holdninger, for en periode vil handle ut i fra en fullstendig ny mental innstilling som mor. Han tar til ordet for at moderskapet medfører en større mental endring hos kvinnen enn hva tidligere psykologiske teorier har antatt, og erfaringsverdenen som en mor går inn i er ukjent for ikke-mødre (Stern, 2000, s.11). Hvordan en kvinne håndterer og tilpasser seg den nye rollen og innstillingen, kan bero på hvor forberedt hun var på hva som måtte endres, hvor mye hjelp og støtte hun har rundt seg, og sannsynligvis om barnet var sterkt ønsket eller ikke. En grunnleggende forandring som brått skjer når en kvinne blir mor er at hun går fra å være datter til også selv å bli noens mor. Stern (2000) mener forklaringen til at mange føler seg trist og lykkelig på en gang, ligger nettopp i det at noe er tapt, forbi. Parforholdet endres også i stor grad med et barns ankomst. Babyen krever hovedfokus og det blir mindre tid og overskudd til hverandre. Babyen er senter for følelsene for en periode. Stern (2000) mener at den mentale endringen er livsvarig, men morsidentiteten vil ikke ha like sentral plass hele tiden når den er integrert i likhet med andre roller man har gjennom livet.

Samtlige av informantene i denne studien ga uttrykk for at det å få barn hadde forandret dem, men på ulike måter. Disse kvinnene har kanskje i større grad enn mange andre nybakte mødre kjent på de følelsesmessige endringene og reflektert over den endrede livssituasjonen ved at de har gjennomgått en fødselsdepresjon. Hvilke forutsetninger de hadde til å være forberedt

på endringene, og eventuelle opplevelser fra tidligere i livet som kanskje medførte en større sårbarhet, har jeg ikke kjennskap til. Felles for dem alle er imidlertid at det å bli mor har medført endringer og en følelsesmessig reise de ikke var forberedt på. Samtlige hadde lite kunnskap om slik depresjon fra før, kun Pernille hadde kjent på depressive følelser tidligere. Eva og Berit uttrykker hvor fjernt det var for dem at noe slikt skulle kunne ramme dem. Det var en prosess i seg selv å forstå og akseptere at det faktisk gjorde det. Jeg ser på Pernilles sammenligning med prosjektene på jobben som godt beskrivende for den overveldende oppdagelsen av endringen ved det å få barn. Prosjektene tar slutt, og en får pauser. Babyen har kommet for å bli.

### **6.1.3 Fødselen – en identitetsendring**

Slik et barn fødes fysisk, må også en mor fødes psykisk, skrev Stern (2000). Fødselen sies å være noe av det mest fysisk smertefulle et menneske kan oppleve. Det kan være vanskelig å sette ord på hendelsen, fordi den er så grunnleggende og dyp, og usammenlignbar med noen annen hendelse. Den innebærer enorme krefter og liv som står på spill. Psykologisk sett er den like mirakuløs som traumatisk, men samtidig så naturlig og selvfølgelig (Stern, 2000). Det som gjentar seg i samtale med kvinner om deres fødsel er at det ikke går an å forestille seg hvordan det kjennes og oppleves før man har vært igjennom det. Det er helt spesielt, og ekstremt vondt – det kan man si. Det eksisterer også en frykt for å skremme noen som har en forestående fødsel, eller kvinner som vil ha barn en gang i fremtiden. Derfor utelater mange mødre å fortelle dem om sine smertefulle fødselsopplevelser. Det er jo også et faktum at en fødsel kan bli kritisk og ende galt. For flere av informantene har fødselen vært traumatisk, og kan sees som en utløsende faktor for fødselsdepresjonen. Eva, Anna og Kristin har alle tre ulike opplevelser av hendelsen, men den har endret noe i dem. Fødselen medførte en traumatisk stressbelastning med behov for bearbeiding. Følelsen av å miste kontroll og være prisgitt andres hjelp og omsorg, samt sjokket ved de sterke smertene sitter igjen i kroppen etterpå, slik de forteller det. Stern (2000) sier at fødselens ekstreme karakter gjør den til en psykologisk overgang. I tillegg kommer den rent fysiske overgangen ved at kvinnen og barnet ikke lenger er i en og samme kropp. Kvinnen har plutselig en liten ny kropp ved siden av seg som er bevegelig, har stemme og mange behov. Utover det å måtte bli kjent med babyen sin, må hun også bli kjent med seg selv som mor, og gradvis integrere morsrollen som en del av seg. Stern (2000) omtaler dette som prosessen mot en morsidentitet. Den subjektive opplevelsen av fødselen ser ut til å kunne ha betydning for hvor lang tid det tar å bli mor rent psykologisk, og å klare å integrere morsrollen som en av flere sider ved seg selv. Blant andre



Eva viser i sitt narrativ at kan det være stor forskjell på hvordan en fødsel ses medisinsk sett og hvordan den faktisk oppleves av den fødende. Dersom en mor har opplevelsen av ikke å ha mestret situasjonen, og heller ikke blitt sett og hørt, kan hun gå inn i en krise. Det oppstår en posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (Brudal, 2007, Garthus-Niegel, 2012). Det vesentlige for å unngå PTSD, eventuelt for å bryte krisen, er det å få fortelle om opplevelsen med egne ord (Brudal, 2007). Det bør helst skje i et tidlig stadium. I Anna sitt tilfelle, og Eva sitt, kan det se ut til at dette har sviktet. De har ikke fått hjelp til, eller blitt gitt muligheten til, å sette ord på det vanskelige rundt fødselen. De ble avfeid med den medisinske forståelsen, som i Evas tilfelle tilsa at det var en fin førstegangsfødsel. Annas baby ble tatt fra henne for medisinsk hjelp straks hun var født, uten at Anna fikk forklaring på hva som skjedde. Anna gir også uttrykk for redsel og usikkerhet underveis i fødselsforløpet, og hvordan hun har holdt dette for seg selv i håp om å glemme ved å fortrenge det. For Kristin sin del var det dramatisk under fødselen, og det endte med keisersnitt. Hendelsen ble etterfulgt av komplikasjoner med betennelse i keisersnittet og deretter at babyen ble syk. Den psykiske påkjenningen situasjonen medførte var det ikke fokus på. Hun fortalte sykehuspersonalet at hun kjente seg deprimert, men fikk straks forklart at det var bivirkning av smertestillende medikamenter. Det er grunn til å spørre seg om det ikke burde vært gitt henne mulighet til å snakke ut og sette ord på det hun følte, gitt det faktum at hun hadde vært igjennom en tøff fødsel som endte med hastekeisersnitt og ble en kritisk situasjon, både for henne og barnet.

## **6.2 Fødselsdepresjonen**

### **6.2.1 Uttrykk og vendepunkt**

Som beskrevet i oppgavens innledning følges fødselsdepresjonen av de samme symptomene som annen depresjon. Det er livsfasen den inntreffer i som preger symptombildet.

Likegyldigheten kan for eksempel medføre en generell nedsatt sensitivitet overfor barnets signaler og behov (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s.15). Anna forteller et eksempel på hvordan likegyldigheten kan angå oppgaver som vanligvis er lystbetont og engasjerende. Hun var plutselig likegyldig til hvilket navn de skulle gi barnet, og ville overlate valget til samboeren. Navnevalget hadde vært noe lystbetont for henne under svangerskapet og de hadde laget en liste over aktuelle navn. Nå orket hun ikke ta stilling til denne listen. ”Ingenting var viktig lenger, ingenting betydde noe lenger”, sa hun.

Vonde fantasier er ikke uvanlig, og disse kan gå på det å skulle miste kontrollen og komme til å skade barnet. I den forbindelse skriver Eberhard-Gran & Slinning (2007) at det er ytterst sjelden at slike tanker fører til skadelig handling hos mødrene. Fantasiene er skremmende, og det kan tenkes at de igjen forsterker frykten for å skulle miste kontroll og medfører engstelse. Blant informantene i denne oppgaven var det kun Anna som beskrev tanker om fysisk skade. Tankene var imidlertid ikke rettet mot barnet, men mot henne selv. Hun drømte ofte om å sette seg i bilen og kjøre inn i en fjellvegg, fortalte hun. Hun understreket samtidig at hun aldri drømte om å ta babyen med, hun ville gjøre det alene. Tanker om selvskade, og forsøk på selvskade, kan være en følge eller et symptom ved depresjon i andre livsfaser også. Det å oppleve å miste kontroll kan være angstskapende, slik Pernille sitt narrativ viser tydelig. For henne gikk det på kontrollen over eget liv i hverdagen. Det å plutselig være så bundet hjemme og miste friheten til å bestemme selv, kjentes skremmende. Pernille sammenlikner det med følelsen av å være i fengsel.

Det har vist seg av stor betydning for mødres psykiske helse hvorvidt de i tiden etter fødsel har tilgang på sosial støtte. Kvaliteten på, og graden av støtte har også betydning. Det ser ut til å være betydningsfullt for forebygging av blant annet fødselsdepresjon, men også for selve tilfriskningen (Evans et al, 2012; Xie et al, 2009; Brudal, 2007). For noen kan selve vendepunktet, der de starter en tilfriskningsprosess, se ut til å være direkte relatert til sosial støtte. Pernille uttrykte det for eksempel som avgjørende at mannen fikk sykemelding og hun ikke var alene med barnet hjemme de første ukene. Hun opplevde bedring gjennom det. De seks narrative i denne studien fremviser varierende grad av støttende omgivelser. De nære personene var kanskje fysisk der, men opplevdes ikke tilstede for informantene likevel. Flere av informantene uttrykte følelsen av å være så alene. Eva opplevde at hennes nærmeste ikke ville eller våget å snakke med henne da de så at hun strevde. Kanskje skyldes det frykten for det som er annerledes, og møtet med egen frykt for annerledesheten, slik Kristeva uttrykker det. Sett videre gjennom Kristevas teori, ble Eva så et offer for denne distanseringen ved at hun fortsatte alene med sine mørke tanker, og ensomhetsfølelsen og følelsen av skam vokste. Ensomhetsfølelsen var betydelig til tross for at Eva både var gift og hadde familie i nærheten. Flere av narrative uttrykker den følelsen. Kari er alene med ansvaret for barnet, og hadde et turbulent forhold til barnets far. For henne fremstår det som avgjørende for hennes psykiske helse at hun hadde psykiatrisk oppfølging fra før, samt at hun hadde hjelp fra sine foreldre. Kari er imidlertid kjent med det å oppleve vanskelige følelser, hun kan dermed kanskje lettere forstå og sette ord på at hun strever. For Eva og Berit har det tatt lengre tid å forstå og

akseptere hva som skjedde. Det kan synes som at denne aksepten av egne følelser er nødvendig for å kunne åpne opp og bryte ut av ensomheten. Slik kan den aksepten anses som et viktig vendepunkt og starten på en bedringsprosess. Noen ganger tar det lang tid å komme til den aksepten. Det er kanskje ikke så rart i tilfeller hvor vedkommende ikke møter aksept utenfra for å dele negative følelser. Anna opplevde det slik da hun i starten var ærlig og sa det var tøft og vanskelig. Hun opplevde seg ikke forstått, og sluttet derfor å svare ærlig når kjente spurte henne hvordan det gikk. Dette anses som opplevd stigmatisering, som igjen kan lede til følelse av annerledeshet og skam, og mulig fortrenkning av vonde følelser. Det å møte andre som strever med noe tilsvarende kan være til god hjelp i den forbindelse. Kunnskap om tilstanden og det å vite at en ikke er alene om å stå i en slik situasjon kan bidra til bedring (Brudal, 2007; Borg & Topor, 2003). Studiet til Evans et al (2012) vedrørende online diskusjonsforum for kvinner med fødselsdepresjon viste at det å kommunisere med andre i tilsvarende situasjon ga emosjonell støtte, og støtte i form av informasjon og deling av erfaringer. Internett kan være til god hjelp når det gjelder å snakke om og dele vanskelige følelser generelt. Det fins det flere eksempler på i nyere tid. Anna forteller i tråd med dette om en nettside som har hjulpet henne med å sette ord på vanskelige følelser i tiden som ny mamma. Nettsiden drives av to unge mødre som selv har funnet den nye situasjonen til tider svært utfordrende. Kristeva uttrykker behovet for å sette ord på opplevelser og erfaringer kvinner gjør seg i moderskapet. Hun hevder konsekvensen av mangel på begreper for nettopp dette leder til psykisk lidelse. Påstanden gir mening knyttet til det kvinnene i denne studien uttrykker som et behov for å forstå og klare å sette ord på det de opplever vanskelig. Først og fremst dreier det seg for noen for eksempel om det å få sette ord på en traumatisk fødselsopplevelse, hvilket i utgangspunktet ikke er tegn på noe patologisk eller særlig utfordrende. Det kan derimot skape vanskeligheter dersom behovet ikke blir imøtekommet og undertrykkes.

### **6.2.1 Åpenhet rundt psykiske reaksjoner i barseltid**

Mange tenker nok at vi i dag har kommet langt når det gjelder åpenhet rundt det å streve psykisk generelt. Fødselsdepresjon er mer kjent, og svært mange har hørt om det. Flertallet av oss antas likevel å ha en tendens til å tenke at det rammer andre enn oss selv. Det sees gjerne slik at det er spesielle årsaker til at noen rammes, for eksempel at de har psykiske problemer fra før, eller de står i en spesielt vanskelig situasjon med sine nære relasjoner. Skulle det likevel ramme en selv eller noen som står en nær, er det vanskelig å forholde seg til det og akseptere det (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Psykiske vansker er ofte vanskelig å snakke

om generelt, og tabu er et mye brukt begrep i den sammenheng. Spesielt vanskelig kan det bli når problemene dukker opp etter et barn er født, da forventningene om lykke er store. Som Eberhard-Gran & Slinning (2007) skriver, rammer kanskje fødselsdepresjonen ekstra hardt av den grunn, og følelsen av annerledeshet og utilstrekkelighet vokser. Konsekvensen av skam er ofte at man forsøker å skjule det vanskelig, dekker over med å ”holde maska” slik Eva beskriver det.

Jeg vil påstå at det er en erkjennelse de fleste mennesker kan gjøre seg at det er enklere å forholde seg til noe når vi er forberedt, når det som skjer er forventet. Når det derimot skjer noe vi ikke forventet, og som i tillegg avviker fra det som anses normalt, blir det oftest vanskeligere. Vi er redd for å si noe som blir galt og gjør vondt verre, og mange blir usikre og tause. Det er sannsynligvis det som skjedde i de ubehagelige situasjonene som oppsto da Anna og samboeren var ærlige og svarte at de syntes barseltiden var vanskelig. I tillegg er aspektet som Julia Kristeva omtaler som frykten for den fremmede i oss selv aktuelt. Ved å gå inn i det vonde ved å snakke med en mor med fødselsdepresjon, må vi stille oss selv til disposisjon og våge å åpne opp for den andres følelser. I tillegg til å gi trøst, oppmuntring og råd, er det også en fare for å møte egen sårbarhet og selv kjenne på vanskelige følelser i møtet. Dette antar jeg er en sentral del av forklaringen på hvorfor det er vanskelig for noen mennesker i nære omgivelser å si noe om det de egentlig ser. Eva uttrykte nokså tydelig at hun opplever det sårt i ettertid at ingen sa noe, selv om de så at hun hadde det vanskelig. Ved å fortelle sine erfaringer ønsker hun å bidra til større aksept og åpenhet, slik at folk ser viktigheten av aksept for den som har det vanskelig. Det at noen er tilstede, lytter og viser empati utpeker seg som medmenneskelige tiltak som faktisk hjelper for mennesker med psykiske lidelser (Borg & Topor, 2003).

### **6.2.2 Hva med barnet?**

Jeg har lyst til å trekke temaet åpenhet rundt psykiske vansker i denne livsfasen videre til også å angå temaet konsekvenser for barnet av mors depresjon. Da jeg snakket med helsesøstre i rekrutteringsprosessens første fase, fortalte jeg at et utgangspunkt for meg for å skrive om fødselsdepresjon var interessen for den mulige påvirkningen på samspillet med, og konsekvenser for barnet. Jeg oppfattet raskt at det var et sensitivt tema, som de var svært forsiktige med å ta opp overfor mødrene. Det var ikke noe de snakket med dem om, med mindre mødrene selv tok det opp. De ønsket absolutt ikke at jeg skulle ha det som tema i intervjuene, dersom de skulle være behjelpelige med rekrutteringen. Begrunnelsen var hensynet til mor og sensitiviteten i temaet overfor henne, som potensielt kunne forverre

tilstanden hennes. Det fremgår tydelig ut fra mine informanternes narrativ at de er opptatt av at barnet ikke skal lide under deres depresjon. De har for eksempel ikke grått foran barnet, og de har klart å håndtere det praktiske stellet, stort sett. Dette ligger under et tidligere grundig omtalt tema; ønsket om å fremstå som en god mor. Er påvirkningen på barnet av negativ karakter, og reell, kan det tenkes at det lett følger en følelse av å ha feilet som mor. Det er sensitiv tematikk, som kan være vondt å snakke om. Samtidig fremgår det av narrativene at nettopp muligheten for at barnet påvirkes er noe de bekymrer seg for. Kristin, Anna og Kari uttrykker tydelig at de er engstelige for om barnet har tatt skade av deres psykiske vansker. I dagens informasjonsstrøm gjennom internett og sosiale medier vet de fleste at et spedbarn adapterer og responderer på foreldrenes non-verbale kommunikasjon. Det informantene forteller rundt dette ser jeg som signaler om at det er behov for at helsepersonell, og da spesielt helsesøstre, tør å ta opp også dette temaet. Kristin sier hun har vært redd for at barnet skulle bli ”en deprimert baby”, Anna er bekymret for dårlig kontakt og samspill med barnet og at hun kan ha formet henne på en negativ måte. Kari er redd for at ammeproblemene skal ha medført dårlig tilknytning og at barnet tar skade av det. Det å snakke ut om disse bekymringene, vil sannsynligvis lette noe av de vanskelige følelsene, og dermed kunne bidra til bedre opplevelse av kontakt videre. Frykten for å påvirke barnet negativt er en konsekvens av depresjonen og dens symptomer, som jeg antar vil ha tilbakevendende virkning ved å virke forsterkende på angst og negativt tankemønster dersom det ikke snakkes om. Mange slike bekymringer er uhensiktsmessige og har ikke rot i virkeligheten. Da tjener de kun destruktivt. Generelt er det å åpne opp og få kommentarer tilbake på vanskelige tanker og følelser noe som kan bidra til bedring, og konsekvensene for barnet er oftest minimale eller ingen dersom moren kommer seg raskt ut av depresjonen (Cox et.al 2014; Murray & Cooper 1997; Azak 2010) Det er sterk sammenheng mellom depresjon og grad av sensitivitet for barnets signaler hvor økt depresjon fører med seg en lavere sensitivitet. Studier har vist at barn av mødre som fortsetter å ha lav sensitivitet når barnet er ved 2 og 3 års alder har en dårligere og mer utrygg tilknytningsadferd, enn dersom utviklingen går i retning av økt sensitivitet (Azak, 2010). Der mødrene har fått hjelp og depresjonssymptomene svinner, sees en bedre tilknytning hos barna (Azak, 2010). Omgivelsene, andre omsorgspersoner, og da særlig fars involvering vil også ha vesentlig betydning for om, og i hvilken grad, barnet påvirkes. Kontakten med far avhenger av hvor mye tid han tilbringer med barnet. Men det vil ha størst betydning at far er mentalt tilstede og ikke deprimert for at det skal kunne veie opp for mors lave sensitivitet (Azak, 2010).

### 6.2.3 Fødselsdeprimert, men like god som mødre flest?

Alt i alt hentyder mine funn gjennom tolkningen av de seks informantenes narrativ at mødre som gjennomgår en fødselsdepresjon er tilstedeværende og gode mødre som ønsker det beste for barna sine. De har måttet kjenne ekstra på de overveldende følelsene som kan oppstå etter et barns ankomst. Følelsene kan være kaotiske og svingende, og det kan dreie seg om frykt og skam på grunn av gode følelser som uteblir. De har nok i større grad enn mødre som ikke opplever depresjon kjent på de negative følelsene, som kanskje også inkluderer en slags sorg knyttet til det Stern (2000) omtaler som en tapsopplevelse av forhold i livet før barnet kom. De har kanskje kommet i en ubalanse der selvoppofrelsen går for langt, og de har mistet seg selv, slik Kristins narrativ viser. Det, sammen med en traumatisk opplevelse av fødselen, gjør at de har hatt behov for å bearbeide egne tanker og følelser, noe som kommer i konflikt med alle kravene og ansvaret barnet fører med seg. Gleden og morsfølelsen uteblir, eller er delvis fraværende, kanskje til de negative opplevelsene er bearbeidet og integrert (Brudal, 2007). Når bearbeidingen har funnet sted og depresjonen er overvunnet antar jeg at disse mødrene er vel så gode mødre som de fleste andre. Sannsynligvis vil de sette enda større pris på de gode følelsene når de kommer, og kanskje blir de desto mer reflekterte mødre som setter stor pris på samvær og tid med barna sine. Dette er mine antagelser, og jeg ser ikke at litteraturen forteller meg annet. Fødselsdepresjon kan i utgangspunktet ramme alle i likhet med andre psykiske lidelser i ulike faser av livet. Det er omstendigheter som tidligere opplevelser, sosial kontekst, evne til å håndtere livsendringer og til en viss grad personlighet som kan se ut til å ha innvirkning ved utvikling av fødselsdepresjon. –Ikke om vedkommende er en ”god” eller ”dårlig” mor.

Som nøye omtalt i denne oppgaven er ”den gode mor” et stort og noe diffust begrep med sine mange tilknyttede diskurser og meninger. Det er mange måter å være en god mor på, og i dag kan det være utfordrende å legge hverdagen best mulig til rette for å få rom til å være tilstede og yte god omsorg som mor. Mødre som har gjennomgått fødselsdepresjon legger kanskje enda større vekt på å tilpasse hverdagen sin slik at de kan få til dette. Berits narrativ viser eksempelvis hvordan hun nå jobber redusert og har planlagt hjelp fra sin mor når mannen er bortreist. Gjennom fødselsdepresjonen har hun forstått at hun ikke må klare alt selv. Kanskje er det nettopp dette mestring av moderskapet dreier seg om; å finne seg selv som mor, og gjøre tilpasninger slik at en får mulighet til å være denne moren.

## **7.0 AVSLUTNING**

### **7.1 Avsluttende refleksjon med endringsforslag**

I arbeidet med denne oppgaven opplever jeg å ha fått kjenne litt på hvordan det å stå i en forskningsprosess er. Det er til tider tidkrevende, tålmodighetskrevende og uforutsigbart. Det er levende materiale jeg arbeider med - det består av førstehåndshistorier fra informanter som har gjort seg de erfaringene jeg ønsket å studere. Materialet har blitt til i mitt møte med hver enkelt av de seks informantene. Prosessen med å skaffe det empiriske materialet tok tid, men den var veldig lærerik for meg som forskende. Jeg fikk prøvd ut nye sider ved meg selv som intervjuer om et sensitivt tema. Det har også vært svært spennende å se hva som kommer ut av materialet disse intervjuene har skapt. Etter prosessen sitter jeg igjen med ny kunnskap på flere plan, samt tanker om det jeg mener kan trekkes ut som essensen i narrativenes budskap. I tillegg gjør jeg meg tanker om hva som kunne være hensiktsmessig inn i en praksis overfor nye mødre, basert på dette budskapet. I dette avsnittet drister jeg meg til å skrive ut et par slike praksisforslag, samt forslag til videre forskningsfokus.

Fødselsdepresjoner og lignende psykiske reaksjoner etter fødsel og i barseltid er forholdsvis kjent i dag, og det er gjort en del forskning på området. Først og fremst er det ut i fra forskningen gjort grep for å lettere fange opp de som strever, og ha større oppmerksomhet overfor de som befinner seg i en risiko for å utvikle fødselsdepresjon. Likevel er det mørketall, og vanskelig å fange opp og hjelpe alle som sliter med dette. En antagelse jeg hadde i utgangspunktet var at mørketallene kan ha sammenheng med tabuene som eksisterer, og frykten for å anses som dårlig eller uegnet mor. Mange unnlater å svare ærlig på EPDS screeningen og dekker over det vanskelige i samtale. Gjennom narrative til mine informanter har jeg til dels fått bekreftet denne antagelsen. Eva spesielt forteller om hvordan hun tok på seg en maske og kjente at det var uaktuelt å fortelle om de vanskelige følelsene på helsestasjonen. I hennes tilfelle og noen av de andre informantene er det påfallende hvor lite som ble gjort aktivt utenfra for å fange dem opp, utover selve screeningen. Det fremgår som nesten en nødvendighet at vedkommende forstår og aksepterer sin problematikk selv og er i stand til å be om hjelp, for at hun skal få oppfølging. Når mennesker jobber med mennesker vil alltid mellommenneskelige faktorer som personlige egenskaper, empati og evne til å se og

forstå andre spille inn, uansett hvilke tiltak som iverksettes for å fange opp og hjelpe de som strever. I denne sammenhengen er det spesielt helsesøstre som blir viktige hjelpere, samt fastlege. Hvorvidt vedkommende har disse egenskapene i møte med den aktuelle pasient, anser jeg som betydningsfullt for å kunne bidra til et vendepunkt. Vedkommende helsesøster eller lege må også ta seg tid til, og våge, å gå inn på temaet mors psykiske helse. Det terapeutiske i det å få snakke ut om opplevelsene og følelsene er vesentlig. Slik omtaler også Brudal (2007) viktigheten av å få snakke ut om egen fødselsopplevelse tidlig etter fødsel. Bearbeiding av den subjektive fødselsopplevelsen på et tidlig tidspunkt kan mulig forebygge en fødselsdepresjon, slik jeg tolker Brudal, og noen av informantenes narrativ. Kanskje er det behov for større kunnskap om dette ved føde- og barselavdelingene. Brudal sier videre at som helsearbeidere skal vi ha en annen funksjon enn å gi trøst. Vi skal medvirke til en bevisstgjøring av det som har skjedd, en aksept av situasjonen og integrasjon av dette (Brudal, 2007, s.168). Da er tilstedeværelse i situasjonen viktig fra helsearbeiderens side, slik at kvinnen kjenner seg lyttet til og akseptert for å føle slik hun gjør. Det å få satt ord på opplevelsen til noen som tar imot budskapet kan virke terapeutisk (Brudal, 2007). Når det er sagt, ser jeg det som forståelig at det kan være en tidsmessig utfordring for helsepersonellet på en fødeavdeling å sette seg ned og ta en slik prat. En mulig løsning er å koble inn annet helsepersonell med aktuell kompetanse, for å hjelpe den nyforløste til å si noe om fødselsopplevelsen i en samtale postpartum. Samtalen tenker jeg burde være tilgjengelig for alle, som en rutine, slik at også de som ikke selv klarer å se eller uttrykke et behov for samtalen også får muligheten.

Et annet eksempel, som jeg anser det viktig å rette forskningsblikket i større grad mot, er de psykososiale utfordringene det kan medføre å bli førstegangsmor i høyere alder. Jeg mener ikke å neglisjere viktigheten av økt kunnskap i forhold til unge mødre, men det bør kanskje være et større fokus på det at mors alder kan ha betydning knyttet til mentale og sosiale aspekter. Den generelle rådende trenden i dag er å utsette barn til etter utdanning og selvutfoldelse som for eksempel reising, og fødealderen har følgelig økt slik statistikken viser (Folkehelseinstituttet, 2015). Studien til Aasheim (2013) retter fokus mot den økte alderen for førstegangsfødende. Funn fra studien antyder økt psykologisk stress og lavere livskvalitet for mødre over 32 år ved første fødsel. Til nå har fokuset nesten utelukkende vært på de fysiologiske konsekvensene ved høy fødealder, for mor og barn.

Det kan gjennom informantenes narrativ tyde på at opplevelse av tilknytning og godt samspill med barnet nærmest er å betrakte som en betingelse for mors lykkefølelse. Dersom hun ikke



opplever at hun og barnet har dette, skaper det lett uro og bekymring. Det er å anse som et instinktivt og grunnleggende ønske at barnet skal trives og utvikle seg positivt.

Det å ha barnet som et naturlig tema i helsepersonells samtale med en fødselsdeprimert mor ser jeg som svært viktig og naturlig, selv om det i en slik samtale skal være mor som er i fokus. Barnets ankomst har medført omveltningen i kvinnens situasjon, og er utløsende faktor for depresjonen. Da ser jeg det som lite hensiktsmessig å utelate temaet barnet og mors mulige bekymringer for barnet, i eventuelle støttesamtaler. Årsaken til at jeg ser det slik og tør å ytre påståelighet i dette er først og fremst mine informanternes bekymringer rundt barnet, og at jeg oppfatter et behov for å snakke om den bekymringen i prosessen med å bli frisk. Kan ikke nettopp taushet rundt dette være med å forsterke og styrke stigmatiseringen? Tausheten bekrefter på en måte også en alvorlighetsgrad i barnets påvirkning. Et paradoks i den sammenheng er dagens informasjonsflyt via internett, og den lette tilgangen på kunnskap fra forskjellige kilder dette gir. Useriøse kilder og ulike teorier kan skape mer frykt. I den forbindelse anser jeg det som desto viktigere at fagpersoner som jobber med disse mødrene åpner for prat rundt konsekvenser for barnet. Jeg tenker det ville være viktig i en slik samtale å ha fokus på å styrke morens selvtillitt angående tro på egen evne til mødring, slik Holm (2008) forklarer begrepet. Det vil også være viktig å påpeke at de fleste barn av mødre med fødselsdepresjon klarer seg svært godt og utvikler seg normalt (Azak, 2010).

Internett og sosiale medier har mye positivt ved seg som et bidrag for å minske tabuene og stigma overfor psykiske lidelser generelt og overfor vanskelige følelser i forbindelse med å få barn. En av informantene fortalte for eksempel om en blogg hvor to yngre mødre som selv har hatt det tøft skriver åpent og ærlig om de negative følelsene, og hvordan det hadde hjulpet henne å lese det de skrev. Hun kjente seg ikke så alene, og fikk hjelp til å sette ord på det hun strevde med. Hvis det er vanskelig å si ansikt til ansikt til noen at man strever, eller å spørre ansikt til ansikt om vedkommende strever, kan internett og sosiale medier brukes på ulike måter for å ta en kontakt eller skrive om sine følelser.

Hamm (2013) hentyder at moderskapet står i krise. Det er uklart hva det skal være og inneholde. Kan det tenkes at det er vanskeligere å bli mor i dag enn tidligere ved at overgangen medfører andre og kanskje flere endringer i livet enn tidligere? Det fins flere eksempler på at hensyn til babyen og barnets beste kommer i konflikt med kravene et aktivt arbeidsliv medfører. Nå skal disse kombineres på et tidligere stadium og i større grad for mange med begge foreldre ut i jobb etter endt barselpermisjon. Det er lettere tilgang på kunnskap om babyomsorg og barnets beste i dag. Man kan derfor anta at det er et generelt

høyere kunnskapsnivå rundt dette i befolkningen nå enn for tidligere generasjoner. Føringene er mange. Det argumenteres for eksempel for at barnet bør få morsmelk til det er minst 1 år, gjerne til det er 2 år. Amming betraktes som det aller beste. De tre første leveårene anses som sårbare fordi hjernen utvikles raskt denne tiden. Viktigheten av nærhet og omtanke, samt psykologisk stimuli fremheves derfor. Samtidig rådføres man i å ikke gjøre barnet for avhengig av seg som forelder. Arbeidslivet og separasjonen i det daglige er nært forestående i barselpermisjonstiden også. I denne oppgaven har jeg sett på ulike krav morsrollen fører med seg, og hva moderskapet er og bør være. Begrepet mor er komplekst og moderskapet favner stort. Kanskje er det enda større behov for feministisk teori i dag enn mange tror. Likestillingen har kommet langt, men som Kristeva hevder, henger det tradisjonelle bildet av den selvoppofrende moren i, til tross for at det er basert på en slags romantisk fantasi. Nye moderskapsdiskurser trengs med mål om begrepsliggjøring av det mødre erfarer (Hamm, 2013). Det fremstår et behov for et nyansert moderne bilde av moderskapet, hvor det også rommer mors ivaretagelse av seg selv, som også i en balansert form vil gagne barnet. Det er også verdt å nevne det kulturelle presset om å få barn, som jeg vil påstå er eksisterende. Kanskje trengs det moderskapsdiskurser som ser videre på dette og fremmer i større grad kvinners rett til å også å velge bort det å bli mor. Slik Beauvoir påpeker ender en del kvinner som ulykkelige mødre som ikke kjenner seg egnet til å ta vare på barnet sitt. Hun viser da til mødre som har kjent seg presset til å få barn, eller beholde barnet. Det kan gå utover helsen til både mor, barn og kanskje resten av en familie. Moderskapet er ikke nødvendig for kvinnelig fullbyrdelse, for at en kvinne skal føle seg som kvinne, det er en sosiokulturell konstruksjon som ikke passer for alle kvinner, slik jeg oppfatter Beauvoir.

En siste refleksjon jeg ønsker å få med i dette avsnittet er en oppfattelse av en parallell mellom fortellerdelen i en terapeutisk samtale og tilblivelsen av et narrativ. Som Brudal (2007) sier, kan det å få fortelle om fødselsopplevelsen på et tidlig stadium redusere den traumatiske opplevelsen før den rekker å gjøre skade. Det å få fortelle en sammenhengende fortelling fra en livshendelse har noe terapeutisk ved seg. Narrative hjelper oss til å forstå egne opplevelser og til å oppleve forståelse og gjenkjennelse fra andre. Fortellingen om et fødselsforløp kan ses som et narrativ. Som Bury (2001) viser til, forstår vi oss selv og våre opplevelser i stor grad gjennom narrativ, og narrative er sentrale i gjenoppbygging og dannelsen av mening til opplevelsene. Narrative er selvfølgelig, men de kan slik forstås å være svært viktige for oss. Det er vesentlig at de da har en tilhører, en mottaker. Og det er like vesentlig at denne mottakeren tar seg tid til å lytte og er tilstede. En antagelse ut i fra dette er

at det kan ha vært en positiv opplevelse for informantene å få fortelle sine opplevelser i intervjuene. Fortellingene deres sees gjennom oppgaven i stor grad som sykdomsnarrativ, og klassifiseres ut i fra det. Kanskje bidro det å la seg intervju til endret forståelse, eller nye oppdagelser av egne reaksjoner og årsakssammenhenger. Det var naturligvis ikke hensikten med studien, men det er en interessant tanke i oppgavens avsluttende refleksjon. Om slike positive opplevelser faktisk er tilfelle, vil kun være opp til den enkelte informant å vurdere.

## **7.2 Konkluderende oppsummering**

Gjennom denne lille empiriske studien forsøker jeg å finne ut mer om hvordan kvinner som gjennomgår en fødselsdepresjon opplever det å bli mor. Utgangspunktet var hovedsakelig en antagelse om at det må være vanskelig og spesielt utfordrende å streve med seg selv i en slik periode i livet, samt at det måtte prege evnen til samspill med babyen og dermed morsopplevelsen. De seks informantenes fortellinger har gitt svar på hvordan hver av dem har opplevd det å bli mor og gjennomgå en fødselsdepresjon. Det som utmerker seg i deres narrativ er at de har opplevd det dramatisk å bli mamma ved at det har endret tilværelsen deres, og det har endret noe i dem. Det var en sjelsettende forandring, sier en. De har kjent seg alene, og ensomhetsfølelsen kom i stor grad av opplevelsen av å være annerledes ved å ikke mestre overgangen ved det å bli mor, og ikke kjenne forventet lykkefølelse. De kjente i stor grad på følelser som skam, skyldfølelse og frykt for at barnet skal ta skade. De er svært opptatt av barnets velvære, men egne vonde følelser kom i veien for den nære kontakten. Det er behov for hjelp fra andre til å ta seg av og stimulere barnet, men det er vanskelig og for noen uaktuelt, å søke den hjelpen. Frykten for å bli avslørt og sees som dårlig mor er reell.

Litteraturen hevder at kanskje rammer fødselsdepresjoner spesielt hardt fordi de inntreffer i en periode som forbindes med lykke og fremtidshåp. Noen av informantene uttrykker at de har forsøkt å holde det skjult i håp om at de vanskelige følelsene skulle gå over av seg selv. Det har de ikke gjort. Behovet for å bli sett er samtidig så tydelig. Viktigheten av at det arbeides videre med å avdekke denne problematikken hos nybakte mødre, viser seg gjennom narrativene. Kunnskapen rundt temaet bør fortsatt økes. Det at noen forteller sine historier har betydning for større åpenhet om det som kan være vanskelig. De sosiokulturelle forventningene om fullkommenhet og lykke eksisterer, og det oppfattes et behov for nyanseringer og demping av disse forventningene. Ved at også de vanskelige opplevelsene gjøres kjent, blir det ikke så skummelt å kjenne på slike følelser. Det å vite at en ikke er alene,

og at det faktisk er flere kvinner som opplever vanskeligheter i forbindelse med å bli mor viser seg å være til hjelp. Jeg tror det er viktig å opprettholde tanken på gleden ved det å sette barn til verden og bli forelder, og at det i hovedsak sees som noe positivt. En større allmenn aksept for at det også kan kjennes tungt og ekstra vanskelig for noen, anses det imidlertid behov for. I oppfølgingssamtaler av mødre med fødselsdepresjon eller lignende psykiske reaksjoner anser jeg det viktig at det er mor som er i fokus, og ikke barnet slik andre konsultasjoner ved helsestasjon har til hensikt. Hennes bekymring for om barnet påvirkes av hennes tilstand bringer likevel barnet inn som et viktig tema. Så blir det en menneskelig og faglig vurdering når i samtaleforløpet denne bekymringen bør snakkes om.

## Litteraturliste

- Ahlsten, B., Mengshoel, A.M. & Solbrække, K.N. (2012) Troubled bodies – troubled men: a narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disability & Rehabilitation*, 2012; 34(21) s.1765-1773. DOI: 10.3109/09638288.2012.660601
- Azak, S. (2010) Sped- og småbarn med deprimerte mødre. En multifaktoriell modell for å forstå utviklingsvansker hos barna. I: Moe, V., Slinning, K., Hansen, M.B.(red) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s.347-359) Gyldendal Akademisk
- Beck, C.T. (1992) The lived experience of Postpartum Depression: A phenomenological study. *Nursing Research* Vol. 41 No. 3, p. 166-170.
- de Beauvoir, S. (2000) *Det annet kjønn*. (Norsk utgave) Pax Forlag.
- Borg, M. & Topor A. (2003) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget.
- Browne, K. (2005) Snowball sampling: Using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and practice*. (2005) Vol.8, Issue 1. s.47-60 DOI 10.1080/1364557032000081663
- Brudal, L.F. (2007) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. (3.opplag) Fagbokforlaget
- Bury, M. (2001) Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness* (2001) Vol.23, No.3 p.263-285
- Cox, J., Holden, J. & Henshaw, C. (2014) *Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. (2nd edition) RCPsych Populations
- Drageset S. & Ellingsen S. (2010) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning* 5(4):332-335
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schei, B. & Opjordsmoen S.(2001) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry* 2001; 55: 113-7.
- Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., Garthus-Niegel, K. & Eskild, A. (2010) Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective. *Archives of Womens Mental Health*, 2010 (13) s.459-456. DOI 10.1007/s00737-010-0175-1
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007) *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Folkehelseinstituttet
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014) Screening for barseldepresjon –

- En kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 3: 134.s. 297-301.
- Ellingsæter, A.L. (2005) De ”nye” mødrene og remoralisering av moderskapet. *Nytt Norsk Tidsskrift* nr.4, s.373-382
- Ellingsæter, A.L. (2012) Det norske ammeregimet -grense for likestilling? . I: Bondevik H. & Lie A. K. (red.) *Rødt og Hvitt. Om blod og melk i fortid og samtid*. s. 139-161. Unipub
- Elliott, J. (2005) *Using narrative in Social Research. Qualitative and quantitative approaches*. SAGE Publications
- Evans, M., Donelle, L. & Hume-Loveland, L. (2012) Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient education and Counselling* 87, p. 405-410.
- Folkehelseinstituttet (2015, 09.02) . Fruktbarhet, fødealder og helse – Faktaark med statistikk. <http://www.fhi.no/artikler/?id=67742>
- Folkehelseinstituttet (2015, 06.02). Depresjon i forbindelse med fødsel (fødselsdepresjon) – faktaark. <http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsel-og-spedbarns-helse/fodselsdepresjon>
- Frank, A. W. (2013). *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics, Second Edition*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Frønes, I. (2001). Skam, skyld og ære i det moderne. I: Wyller, T. (red.) *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. s.37-52. Fagbokforlaget.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E. og Eberhard-Gran M. (2012). The Impact of Subjective Birth Experiences on Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study. *Archives of Women's Mental Health*, 2013 (16) s.1-10 DOI 10.1007/s00737-012-0301-3
- Gullestad M (1989) *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*. Universitetsforlaget
- Haga, S.M., Lynne A., Slinning K. Og Kraft P. (2011) A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scand J Caring Sci*, 26(3). S. 458-466.
- Hamm, C. (2013) *Foreldre i det moderne. Sigrid Undsets forfatterskap og moderskapets grammatikk*. Akademika forlag.
- Hanson-Lynn (2005) Help-seeking with postpartum depression: A retrospective analysis of womens experiences of ppd and their help-seeking process *The Sciences and Engineering*, 2005. Vol.65 (12-B)
- Heggen, K. (2010) Annerledshet og omsorg. Erfaringsnære relasjoner. I: Kristeva J. &

- Engebretsen, E. (red.) *Annerledeshet. . Sårbarhetens språk og politikk.* (s.148-163) Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2013) *Mat for spedbarn, råd og oppskrifter.* 21.opplag. Oslo. Andvord Grafisk
- Holm, Ulla M. (2008) Moderskap som væsentligt omtvistat begrepp. I: Arping, Å., Nordenstam, A. & Widegren, K.(red) *Moderniteter: Text, bild, kön. En vänbok till Ingrid Holmquist.* (s. 313-325) Makadam
- Hydén, M. (2001) Forskningsintervjun som relationell praktikk. I: Haavind, H. (red.) *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning.* (s.130-154)Gyldendal norsk forlag.
- Haavind, H. (2001) På jakt etter kjønnede betydninger. I: Haavind, H. (red.) *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning.* (s.7-59) Gyldendal norsk forlag.
- Johannison K (2007) Sykdommens hjemløshet og diagnosens makt. I: Engelsrud, G. & Heggen, K. (red.) *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnose.* (s. 15-24) Universitetsforlaget.
- Johnsen, B H (2010) Annerledeshet og utdanning. Didaktiske muligheter i lys av sårbarhetens politikk. I: Kristeva J. & Engebretsen, E. (red.) *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk.* (s. 126-144) Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave) Gyldendal Akademisk
- Lian, O. S. (2012) Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I: A. Tjora (red.) *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling.* (s.38-59) Gyldendal akademisk.
- Lian, O. S. (2012) Å iscenesette en fortelling om helse: Vitenskapssosiologiske refleksjoner. I: A. Tjora (red.) *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling.* (s.231-249) Gyldendal akademisk.
- Løkke, A. (2012) Livgivende og farlig, moderpligt og kvindelig potens – kvindemælk og amning 1750-2010. I: Bondevik H & Lie A K (red.) *Rødt og Hvitt. Om blod og melk i fortid og samtid.* (s.163-186) Unipub
- Madsen, S.Aa. & Juhl, T. (2007) Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Journal of Mens Health and Gender*, Vol. 4, No. 1, p. 26–31.
- Malt, U.F., Andreassen, O.A., Melle, I. & Aarsland, D.(2012) *Lærebok i psykiatri.* 3.utgave. Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger,

- muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening*, nr 25, 2002; 122:2468 – 72.
- Midttun B H (2008) *Kvinnereisen. Møter med feminismens tenkere*. Humanist forlag.
- Murray, L. & Cooper, P.J. (1997) Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, Vol.77(2), s.99-101.
- Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) Personvernombudet for forskning (2012) <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- Norvoll, R. (2004) *Samfunn og psykiske lidelser*. Gyldendal akademisk forlag.
- Nylander, G.& Bærug, A. (2001) Ingen over – ingen ved siden av. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr. 27, 2001; 121
- Owesen, I. (2010) Annerledeshet og likhet. –Noen filosofihistoriske betraktninger. I: Kristeva, J. & Engebretsen, E. (red.) *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. (s. 235-247) Gyldendal Akademisk.
- Pinto- Foltz, M D & Logsdon, C. (2008) Stigma towards mental illness: A concept analysis using postpartum depression as an exemplar. *Issues in Mental Health Nursing*, 29:21-36. Informa Healthcare, USA.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2012) [https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p\\_dim=34997&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n)
- Rice, J. K. & Else-Quest, N. (2006) The mixed messages of Motherhood. I: Worell, J. & Goodheart, C.D. (red) *Handbook of girls' and womens' psychological Health*. (chap. 36) Oxford University press.
- Riessman, C.K. (2008) *Narrative methods for the human sciences*. SAGE Publications
- Robertson, A. (2012) Narrativanalyse. I: Berström, G. & Boréus, K. (red) *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. 3. Opplag. (s. 219-240) Studentlitteratur.
- Rødseth, I. (2013) *The Essential Meaning Structure of Postpartum Depression. A Qualitative Study*. (Doktoravhandling) Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Schei, E (2006) Skam i pasientrollen. I: Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Stang, G.H. og Wilmar, B. (red) *Skam i det medisinske rom*.(s.17-30) Gyldendal norsk forlag
- Slinning, K og Eberhard-Gran, M (2010) Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I: Moe, V., Slinning, K., Hansen, M.B.(red) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s.323-346) Gyldendal Akademisk
- Slinning, K., Holme, L. & Valla, L. (2012) Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift fro norsk psykologforening*, Vol 49, nr 1, s. 69-73.



- Stern, D N (1995) *The motherhood constellation: A unified view of Parent-infant Psychotherapy*. H. Karnac Ltd.
- Stern, D.N., Bruschweiler-Stern, N. & Freeland, A. (2000) *En mor blir til*. Fagbokforlaget
- Thagaard, T (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utgave. Fagbokforlaget.
- Vebenstad, M.A. (2013) Tegnene på at du er en god mamma. Her er 15 smarte råd. Foreldre.no. <http://www.klikk.no/foreldre/smabarn/article822402.ece>
- Vindegg, G. (2010) Myten om den kule mor. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, Vol. 47 nr. 3, s. 250-251
- Wyller, T. (2001) *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Fagbokforlaget.
- Xie, R.H., He, G., Koszycki, D., Walker, M. & Wen, S.W. (2009) Prenatal Social Support and Postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, Volume 19, Issue 9, p. 637-643
- Aarseth, H. (2010) Moderne spydspisser eller de siste asketer? Den likestilte utdanningsmiddelklassen i dagens Norge. *Nytt Norsk Tidsskrift*, nr.1-2, s. 33-45. Universitetsforlaget.
- Aasheim, V. (2013). *Becoming a mother at an advanced age. Pregnancy outcomes, psychological distress, experience og childbirth and satisfaction with life*. (Doktoravhandling) Department of womens and childrens health. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Aaslestad, P. (1999) *Narratologi. En innføring i anvendt fortellerteori*. Landslaget for norskundervisning (LNU)/ Cappelen akademisk forlag AS.

## Vedlegg 1

### Temaguide/ Intervjuguide

#### Innledning

- ønske velkommen, presentere meg og takke for at informanten vil stille opp.
- orientere kort om prosjektet og forsikre meg om at informasjonsbrevet er lest og forstått.
- gi anledning til spørsmål om dette eller andre ting i forbindelse med undersøkelsen.

Husk:

- Skru på lydopptaker
- Føle meg frem i forhold til hver enkelt informant og kjenne hva som er naturlig å spørre om, evt be om utdypning på.
- Dersom jeg skal komme inn på oppfatning av ”den gode mor”; vise at jeg ikke antyder noen påstand/oppfatning om at en deprimert mor er en dårlig mor –
- **Informere om at jeg ikke har til hensikt å analysere eller tolke informanten som person, eller hvorfor akkurat hun ble deprimert. Det er innholdet, personens egne opplevelser og tanker som er interessante og hva som opplevdes meningsfylt på veien mot bedring.**

Intro:

Denne studien skal dreie seg om det å bli mamma i dagens samfunn, sett gjennom øyne til noen som har opplevd depresjon eller tilpasningsvansker ved det å bli mor. Derfor ønsker jeg også å prate om opplevelse av morsrollen og faktorer rundt det. Tema i intervjuet vil derfor ikke bare dreie seg om selve depresjonen, men vel så mye det å bli mamma og opplevelse rundt det.

Flerbarnsmamma/ettbarnsmamma

I forbindelse med hvilket barn fikk du depresjon, hvor gammelt er barnet?

Når omtrent viste depresjonen seg?

Starten – svangerskapet – da du skulle bli mor:

**Hvordan husker du tiden da du oppdaget at du var gravid? Hvordan opplevde du det å skulle bli mamma?**

*-Planlagt /ikke planlagt*

*-Kan du huske hvilke forventninger du hadde til deg selv som mor, usikkerheter?*

*-Bekymringer knyttet til deg selv som mor*

***-Følelser i forbindelse med forberedelser** – hvordan var det å gjøre klart hjemme til barnet som skulle komme?*

*-Opplevelse av fødsel (dersom naturlig å komme inn på)*

Første møte med barnet

*-Tanker/følelser (evt følge opp dersom det kommer opp uttrykk for "forbudte/negative" tanker.)*

*-husker du hva din første tanke var da du så barnet ? Hva var din reaksjon?*

*-Var mannen/partner med på fødselen?*

Hjemme med babyen

***-Hvordan var den første tiden organisert?** Var du hjemme alene med barnet (og søsken) mye, eller hadde du mye hjelp fra barnefar?*

*-Hva slags permisjonsordning hadde/har dere?*

***-Hvordan husker du de første ukene hjemme etter fødselen?***

*-Spesielle problemer babyen hadde?*

*-hva husker du spesielt i forhold til følelsen å ha blitt mor? Noe som dominerte?*

Omgivelser

***-Støttepersoner, hvem? hvordan stilte de seg til svangerskapet og barnet som kom.***

***-Hvilke forventninger (tror du) de hadde til deg som mor?***

*-Oppleveres andre krav fra samfunnet til mor enn far - eksempler?*

*-(Evt) hjelp i daglig omsorg for barnet – annen hjelp enn far/annen omsorgsperson*

### Depresjon/Depressive følelser

- Når og hvordan kom symptomer/vanskelige følelser til uttrykk? Ca varighet?*
- Forklare rundt oppdagelsen av depresjonen, ble diagnosen presentert for deg, eller ble andre ord brukt?*
- Forsto du selv at noe var galt?*
- Å være mamma og samtidig ha blitt syk selv – hvordan opplevde du det?*
- Hva var/er din største bekymring? –Barnet? I så fall hva var bekymringen? –Ble dette snakket med deg om av ”offentlig hjelpeinstans”..?*
- Forholdet til barnet; har det endret seg over tid? Evt hvordan?*
- Hva og hvem var viktige for at du kom gjennom dette?*
- Opplevde du at du kunne være åpen overfor dine nærmeste?*
  
- Føler du at depresjonen/den vanskelige perioden har endret deg som person på noen måte – i så fall hvordan? Hva er annerledes?*

### Avslutning

Før vi avslutter vil jeg spørre informanten om det er ting hun ønsker å nevne, som vi ikke har kommet inn på, om det er noe hun vil legge til eller utdype.

Husk: Slå av lydopptaker

Jeg vil takke for hjelpen og gi anledning til å si noe om opplevelsen av intervjuet og hvordan det føles å ha snakket om seg selv i denne sammenhengen.

## Vedlegg 2

### INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM Å DELTA I UNDERSØKELSE

”Erfaringer med fødselsdepresjon, eller tilpasningsvansker i forbindelse med det å få barn”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et prosjekt hvor jeg skal undersøke kvinners opplevelse av psykiske reaksjoner i forbindelse med å bli mor. Det er en intervjuundersøkelse hvor fokus rettes mot endringen ved det å bli mor og hvilke forventninger som er knyttet til det, og samtidig opplevde depressive eller vanskelige følelser. Hvilke erfaringer kvinner har med dette, og hvordan man kan komme seg gjennom en slik vanskelig tid, samt opplevelsen av det å være mamma er temaer som vil berøres.

Hensikten med undersøkelsen er å øke kunnskap og forståelse om depressive og vanskelige følelser knyttet til det å få barn gjennom opplevde erfaringer. Fordeler ved å dele dine erfaringer er at andre kan nyttiggjøre seg disse. Dette gjelder både gjennom bidrag til økt kunnskap om tematikken, noe som igjen kan bidra til utvikling og forbedring av hjelpetilbudet til mødre som opplever en slik vanskelig situasjon, og mer direkte ved at erfaringene gjøres tilgjengelig for andre som kommer i tilsvarende situasjon.

Eventuelle ulemper ved deltagelse er at det under intervjuet kan vekkes følelsesmessige reaksjoner som for noen kan oppleves belastende. Intervjusituasjonen kan samtidig oppleves som noe godt og befriende, ved at det er en mulighet til å snakke fritt rundt egne opplevelser uten at du som person skal vurderes på noen måte. Det legges opp til en åpen samtale, og du som informant velger selv hva du vil svare på, og hvordan. Det vil ikke bli spurt ytterligere om temaer som du ikke ønsker å gå inn på.

Jeg heter Lill Reneé Strand og er student ved studiet Helsefagvitenskap ved Avdeling for Helsefag ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Prosjektet er i forbindelse med min masteroppgave ved avdelingen. Jeg er fra før utdannet sykepleier og videreutdannet innen psykisk helsearbeid. Forutsetninger for å delta er at du har hatt depresjon eller tilpasningsvansker etter fødsel, og det er en fordel om du har kommet til et stadie hvor du kan se tilbake på den vanskeligste tiden og du føler deg bedre.

Intervjuet vil ta 1-1,5 timer, og jeg vil bruke lydopptaker under intervjuet. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger du kommer med vil behandles konfidensielt. Ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjenne deg i den ferdige oppgaven. Etter forskningsetiske retningslinjer er jeg forpliktet til å slette lydopptaket når oppgaven er avsluttet, senest ved utgangen av 2013. Deltagelsen i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg underveis, uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil all din informasjon slettes.

Min veileder under prosjektet er førsteamanuensis Hilde Bondevik ved Avdeling for Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Dersom du er interessert i å delta eller har spørsmål, tar du kontakt med meg direkte på telefon **95 79 35 71**, eller på e-post: [l.r.strand@studmed.uio.no](mailto:l.r.strand@studmed.uio.no), og vi kan avtale tid og sted for intervju.

Dersom du vil delta, ber jeg deg fylle ut vedlagte samtykkeerklæring og ta denne med til intervjuet.

Takk for din oppmerksomhet. Håper vi snakkes.

Vennlig hilsen

Lill Renée Strand  
Mastergradsstudent

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt informasjon om undersøkelsen som omhandler kvinners opplevelse av fødselsdepresjon ved førstegangsfødsel, og ønsker å stille til intervju.

Signatur:

.....

Telefon:

.....

Undertegnes i to eksemplarer, det ene gis til meg og det andre beholder du selv.

### Vedlegg 3

#### **Til deg som har opplevd tilpasningsvansker eller depresjon i forbindelse med det å få barn**

Dette er en henvendelse til deg om å delta i et studie som ser nærmere på hvordan det er for mødre å oppleve tilpasningsvansker eller depresjon etter fødsel.

Det å få barn er en stor livshendelse, for mange den største. Det innebærer behov for omorganisering, både praktisk og mentalt. For noen oppleves det svært vanskelig en periode, av ulike årsaker. Noen utvikler en depresjon, eller andre psykiske reaksjoner i barseltiden og tiden etterpå. Det er gjort endel forskning rundt fødselsdepresjon, men det er fortsatt få studier som har sett på hvordan det å ha det vanskelig selv og samtidig bli mamma oppleves av den enkelte. Studien er ment å tilføre økt kunnskap om dette, ved å løfte frem mødres egne erfaringer. Økt kunnskap om dette kan være med på ytterligere å forbedre hjelpetilbudet til mødre i en slik situasjon.

Din deltagelse innebærer at du blir intervjuet om dine opplevelser og erfaringer gjennom en slik vanskelig periode. Det er derfor en fordel om du er kommet til et stadium hvor du kan se tilbake på den vanskeligste perioden, og du føler deg bedre. Intervjuet tar ca en time. All informasjon vil behandles konfidensielt og anonymiseres.

Studien er en del av undertegnede's masteroppgave ved Avdeling for Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Veileder for prosjektet er Førsteamanuensis Hilde Bondevik, ansatt ved Avdeling for Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk.

Dersom du ønsker å delta ved intervju, og/eller har spørsmål rundt prosjektet kan du kontakte undertegnede direkte, på telefon eller e-post.

Med vennlig hilsen

Lill Reneé Nilsen

Mastergradsstudent

Telefon: 957 93 571

E-post: [l.r.nilsen@studmed.uio.no](mailto:l.r.nilsen@studmed.uio.no)



## Vedlegg 4

Fra: <[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)>

Dato: 15:19 18. september 2012

Emne: Sv: REK sør-øst 2012/1504 Fødselsdepresjon

Til: [lillr.nilsen@gmail.com](mailto:lillr.nilsen@gmail.com)

Hei.

Vi viser til fremleggelsevurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 25.08.2012.

Fremleggelsesvurderingen med tilhørende dokumentasjon er nå vurdert av leder og fagkyndig i psykologi i REK sør-øst C.

Etter henvendelsen fremstår ikke prosjektet som fremleggelsespliktig for REK, jf. helseforskningslovens § 4 første ledd. Prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens § 2.

Det betyr at studien kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende

Mvh

--

Tor Even Svanes  
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C  
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21

Besøksadresse: Nydalen Allé 37b, Nydalen, 0424 Oslo.

<http://helseforskning.etikkom.no>

## Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Hilde Bondevik  
Avdeling for helsefag  
Medisinsk fakultet  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1089 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 20.09.2012

Vår ref: 31362 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31362	<i>Erfaringer med fødselsdepresjon</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hilde Bondevik</i>
Student	<i>Lill Reneé Nilsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

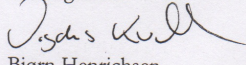
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

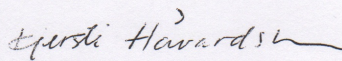
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Lill Reneé Nilsen, Hellaveien 29 E, 2013 SKJETTEN